

Hermanos de  
San Juan de Dios  
Barcelona

Año 49. Segunda época. Julio - Agosto - Septiembre 1997  
Número 245. Volumen XXIX

#### CONSEJO DE REDACCIÓN

Director:

MIGUEL MARTÍN

Redactores:

MARIANO GALVE  
JOAQUÍN PLAZA  
CALIXTO PLUMED  
FRANCISCO SOLA

Administración:

JOSÉ LUIS GARCÍA IMAS

Secretaría de Dirección:

MAITE HEREU

#### CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL  
FELIPE ALÁEZ  
M.ª CARMEN ALARCÓN  
MIGUEL A. ASENJO  
MANUEL CEBEIRO  
ESPERANZA CACHÓN  
ÁNGEL CALVO  
JESÚS CONDE  
RUDESINDO DELGADO  
JOAQUÍN ERRA  
FRANCISCO DE LLANOS  
PILAR MALLA  
JAVIER OBIS  
JOSÉ A. PAGOLA

#### DIRECCIÓN

Curia Provincial  
Hermanos de San Juan de Dios  
Doctor Antoni Pujadas, 40  
Teléfono 630 30 90  
08830 SANT BOI DE LLOBREGAT  
(Barcelona)

Publicación autorizada por el Ministerio  
de Sanidad como Soporte Válido.  
Ref. SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268

Depósito Legal: B.2998-61

EGS - Rosario, 2 - Barcelona

## Sumario

### I. EDITORIAL 178

### II. EL ENVEJECIMIENTO: REALIDAD DE UNA SITUACIÓN

II-1 HISTORIA DE LA VEJEZ 180  
Diego Gracia

II-2 LA VEJEZ EN LA  
SOCIEDAD ACTUAL 186

II-3 SALUD, VEJEZ Y MUERTE 190  
Harry E. Emson

II-4 LA VEJEZ Y LA MUERTE EN  
LA SOCIEDAD MODERNA 194  
Moisés Broggi

II-5 IMPLICACIONES  
DEL CUIDADO DE UN  
FAMILIAR ANCIANO 201  
Mark J. Yaffe

### III. EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

III-1 EL ENVEJECIMIENTO  
UN PROCESO BIOLÓGICO 205  
M. Pilar Núñez

III-2 GERIATRÍA: LOS DESAFÍOS  
DEL SIGLO XXI 210

III-3 REFLEXIONES  
FILOSÓFICAS SOBRE  
EL ENVEJECIMIENTO 215  
Pedro Gómez Bosque

### IV. ALGUNOS ASPECTOS ÉTICOS DEL ENVEJECIMIENTO

IV-1 ÉTICA Y FAMILIA 223  
Nicole Delpéérée

IV-2 EL CONSENTIMIENTO  
INFORMADO Y EL ANCIANO 226  
Pablo Simón Lorda

IV-3 ENVEJECIMIENTO SOCIAL 236  
Nancy S. Jecker

IV-4 ASISTENCIA SANITARIA  
E INVESTIGACIÓN  
EN PERSONAS MAYORES 239  
Greg A. Sachs

### V. ENVEJECIMIENTO: PERSPECTIVAS DE FUTURO

V-1 CUATRO ESCENARIOS  
PARA UNA SOCIEDAD  
ENVEJECIDA 243  
Harry R. Moody

V-2 EL ENVEJECIMIENTO  
Y LOS OBJETIVOS  
DE LA MEDICINA 247  
Daniel Callahan

V-3 LA IGLESIA CATÓLICA Y  
LA TRADICIÓN CRISTIANA  
ANTE LA ANCIANIDAD 251  
Javier Gafo

V-4 ¿QUÉ DEBEMOS  
A LA GENTE MAYOR? 257  
Ruud Ter Meulen, Eva Topinkova,  
Daniel Callahan

### VI. DERECHOS DE LOS MAYORES Y RESPUESTAS SOCIO-SANITARIAS

VI-1 LA PERSONA MAYOR  
EN UNA RESIDENCIA 270

VI-2 MÉTODO CEDRO 274  
M.ª Pilar Núñez

VI-3 DECISIONES DEL CONSEJO  
DE LA COMUNIDAD  
EUROPEA 275

VI-4 LA VEJEZ  
Y SUS DERECHOS 277

VI-5 DISPOSICIONES  
EXISTENTES EN EUROPA 285

VI-6 CARTA DE LOS DERECHOS  
Y LIBERTADES  
DE LA PERSONA MAYOR  
DEPENDIENTE 286

# Editorial

**L**ABOR HOSPITALARIA y el Instituto Borja de Bioética, en este año dedicado al anciano, presentan este número monográfico sobre el proceso del envejecimiento: su realidad, algunos aspectos éticos, perspectivas de futuro, derechos de los mayores y respuesta socio-sanitaria.

Hemos querido, siguiendo el método propio de la Bioética, ofrecer una visión pluridisciplinar e internacional de este tema.

El anciano en las sociedades tradicionales ostenta la autoridad, como reconocimiento a su saber y experiencia, ejerce una función de consejo y es, por ello, respetado, escuchado y obedecido.

La crisis de valores de nuestras sociedades industrializadas, con el ritmo creciente del desarrollo tecnológico y del progreso social, en la segunda mitad de nuestro siglo nos llevó a una exaltación de todo lo que es joven y nuevo, induciendo una cierta marginación de los mayores.

Hoy el progreso biomédico ha permitido prolongar la duración de la vida. Al mismo tiempo hemos experimentado un importante descenso de las tasas de natalidad, con lo cual el ascenso de las curvas de edad se ha desplazado hacia los 65 años en adelante. Podemos afirmar que Europa, de manera especial, es una población anciana, con un incremento notable de las personas mayores de 80 años. Los jubilados, constituyen un grupo social, con unas condiciones típicas y unas necesidades peculiares, a las que hay que dar una respuesta socio-sanitaria.

El reto nos vendrá dado por la necesidad de una contención de la morbilidad, ya que ésta se incrementa con la edad, y una regulación *justa* de la medicina de alta tecnología, en favor del desarrollo de una medicina socio-sanitaria. Le toca al médico valorar lo que es propiamente patológico de lo que es el simple deterioro de los años y aportar una respuesta médica, cargada de un matiz humanitario.

La salud no podrá considerarse como el estado ideal de perfecto bienestar físico, psíquico y social, sino como el ejercicio real de las funciones propias para cada edad y sexo, de manera aceptable.

A la situación biológica y sanitaria el anciano se plantea los grandes interrogantes existenciales del hombre, lo que hace más necesario un acompañamiento personal, a todos los niveles, también el Pastoral, desde donde continuar a dar sentido a la vida.

En un artículo, muy bien trabajado, el Instituto de Bioética de Maastricht (Holanda), junto con el Hasting Center (Nueva York) han formulado

seis recomendaciones sobre «aquello que debemos a nuestros mayores». La responsabilidad sobre los ancianos de la familia propia, responsabilidad que debe ser compartida entre todos los miembros que constituyen la familia, no se acaba ahí, ya que no se puede olvidar, una responsabilidad hacia otros miembros, también *mayores* de nuestra sociedad.

Además de los Derechos de las personas mayores, hemos añadido otros artículos sobre las perspectivas de futuro de los ancianos. Expresada de diferentes maneras, una pregunta queda manifiesta,  
*¿se trata de dar años a la vida; vida a los años o ambas cosas a la vez?*

Con nuestro agradecimiento para aquellos autores y revistas que nos han permitido publicar sus artículos en este número, queremos expresarlo de modo muy especial a Neus Millet, que con sus traducciones cuidadosas del inglés, francés y catalán, ha contribuido eficazmente a hacer realidad este número monográfico.

LH



**FUNDACION  
JUAN CIUDAD**  
O.N.G. PARA PROMOCION DE LA SALUD EN EL TERCER MUNDO

---

**HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS**

---

**SALUD** *para todos*

*La fundación desarrolla su labor humanitaria  
con 6.000 camas hospitalarias en África y América Latina*

CONTRIBUYE CON:

- Medicamentos
- Instrumental y  
aparataje sanitario
- Alimentos
- Ayuda económica

FUNDACION JUAN CIUDAD - O.N.G.  
C/ Herreros de Tejada, 3  
28016 MADRID • Telf.: 457 55 03

Banco Santander / Suc. 139 (Madrid) / N° Cuenta: 13.726

# El envejecimiento: realidad de una situación

LH

II-1

## HISTORIA DE LA VEJEZ\*

**Diego Gracia**

*Catedrático de Historia de la Medicina  
y Director del Máster de Bioética  
de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense.*

**En lo que sigue voy a intentar demostrar algunas tesis sobre la posición del anciano en la estructura social. Una primera tesis es que la estimación social del anciano ha ido cambiando a lo largo de la historia. No ha habido un único modo de comportamiento ante el anciano. Las actitudes ante la ancianidad están socialmente condicionadas, y sólo son inteligibles dentro de la propia estructura social.**

**La segunda tesis que quiero defender es algo más comprometida. Dice que la estimación social del anciano ha ido decreciendo con el paso del tiempo, de modo que fue inmensa en las culturas primitivas, y ha ido perdiendo puestos según ha ido pasando el tiempo. Al menos en la historia de la cultura occidental, hay un evidente corrimiento de la estimación social hacia la juventud.<sup>1</sup>**

### LAS CULTURAS PRIMITIVAS: EL VIEJO COMO EL SUJETO DE MÁS AUTORIDAD

Los estudios de etología parecen demostrar que en muchas especies animales los especímenes más ancianos ocupan lugares de privilegio. Simone de Beauvoir resume así el tema: «En muchas especies —sobre todo cuantas más evolucionadas son— los animales viejos y experi-

mentados gozan de un gran prestigio; transmiten a los otros las informaciones que han adquirido en el curso de la experiencia. El puesto que cada uno ocupa en el grupo está en relación directa con el número de años que tiene. Los zoólogos han referido a este respecto cierto número de observaciones curiosas. Entre los chovas, si un pichón manifiesta miedo, los otros no le prestan atención; pero si un macho viejo da la señal de alarma, todos emprenden vuelo. Los chovas viejos y experimentados son los que

“ Los antropólogos e historiadores han descrito repetidamente el poder de los viejos en distintas culturas primitivas. ”

enseñan a los otros a conocer a sus enemigos. Los colaboradores del zoólogo Yerkes enseñaron a un joven chimpancé a obtener bananas manipulando un aparato complicado; ninguno de sus congéneres trató de imitarlo. Se hizo hacer el mismo aprendizaje a un chimpancé viejo y, por tanto, de categoría superior: todos los otros lo observaron y lo imitaron. Sólo imitan por principio a los congéneres de categoría superior.»<sup>2</sup>

El tema de los monos antropoides es muy interesante. En él los viejos son los que tienen toda la autoridad y el poder de la manada. Cuando no pueden ejercerlo, cuando otros monos más jóvenes son capaces de arrebatarles sus hembras, entonces los monos viejos se retiran a un lugar solitario, donde suelen ser pasto de las fieras. Cuando el mono mayor no puede seguir detentando toda su autoridad, se autoexcluye de la vida del grupo social.<sup>3</sup>

Esto mismo sucede en las sociedades humanas más primitivas. Los antropólogos e historiadores han descrito repetidamente el poder de los viejos en distintas culturas

\* Agradecemos al Departamento de Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas y al autor, Diego Gracia, su colaboración al permitirnos publicar este artículo: Gracia, D. «Historia de la vejez». En: Gafo, J. (ed.) *Ética y ancianidad*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1995, 109-119. (Dilemas éticos de la medicina actual, 9).

1. Sobre la historia de la vejez, cfr. LUIS SÁNCHEZ GRANJEL, *Historia de la vejez: Gerontología, Gerocultura, Geriatria*, Salamanca, Ed. Universidad de Salamanca, 1991; GEORGES MINOIS, *Historia de la vejez: de la antigüedad al renacimiento*, Madrid, 1989.

2. SIMONE DE BEAUVOIR, *La vejez*, Barcelona, Edhasa, 1989, pp. 49-50.

3. Cfr. SIMONE DE BEAUVOIR, *op. cit.*, p. 50.

primitivas,<sup>4</sup> y cómo se quitaban de en medio o los quitaban de en medio cuando ya no podían ejercer ese papel. Ésta es una práctica que parece haber sido muy frecuente en los pueblos primitivos. «Entre los hopis, los indios creeks y crows, entre los bosquimanos de África del Sur, era costumbre acompañar al viejo a una choza construida a propósito apartada de la aldea, dejar un poco de agua y de alimento y abandonarlo. Entre los esquimales, cuyos recursos son muy precarios, se pide a los viejos que vayan a acostarse en la nieve y esperen la muerte, o, durante una expedición de pesca, los dejan olvidados en un banco de hielo; o bien los encierran en un iglú donde se mueren de frío. Los esquimales de Ammassalik, en Groenlandia, tenían costumbre de darse la muerte cuando sentían que eran una carga para la comunidad. Una noche hacían una especie de confesión pública y dos o tres días después subían a su kayak y abandonaban la tierra para no volver jamás.»<sup>5</sup>

Los testimonios que nos quedan de las épocas primitivas y arcaicas coinciden todos en atribuir al viejo la máxima autoridad política, social y cultural. Esto es total-

“ Los testimonios que nos quedan de las épocas primitivas y arcaicas coinciden todos en atribuir al viejo la máxima autoridad política, social y cultural. ”

mente lógico en las culturas ágrafas, ya que los ancianos son la memoria de la comunidad. Ellos son los depositarios de la tradición y, por tanto, los que guardan las señas de identidad del pueblo. Pero también parece claro que cuando la memoria les falla, dejan de desempeñar ese importante papel en la sociedad.

En las culturas primitivas literarias, el papel del anciano siguió siendo muy importante. Los textos bíblicos nos dan una idea de la importancia del anciano en la cultura de Israel: «Delante de las canas te levantarás, y honrarás el rostro del anciano», se lee en el libro del *Levítico*. «En los ancianos está el saber»;<sup>6</sup> «busca la compañía de los ancianos».<sup>7</sup> Y en los *proverbios*: «Corona de honra es la vejez, que se hallará en el camino de la justicia.» En la primitiva organización de la Iglesia, a los *presbiteros* se les concede un papel fundamental. Sin embargo, el cristianismo no es una religión gerontocrática, sino todo lo contrario. Jesús de Nazaret inicia su vida pública a los treinta años, y muere siendo muy joven. El paradigma cristiano es el de un joven, no el de un anciano. Esto va a hacer que el cristianismo vaya a asumir con gran facilidad la perspectiva griega.

Lo mismo acontecería en la Grecia arcaica. Los poemas homéricos nos demuestran la situación de privilegio que en la sociedad griega arcaica ocupaban los ancianos.

## LA CULTURA CLÁSICA: EL VIEJO COMO ENFERMO

En Grecia el anciano deja de desempeñar el papel de excepción que tuvo en las culturas primitivas. Para comprobarlo, nada mejor que acudir al mito que Platón cuenta a comienzos del libro tercero de las *Leyes*. Su tema es el de la formación de las comunidades políticas o ciudades. No todo el mundo ha vivido en sociedad, es decir, en una comunidad política. En tiempos muy remotos, dice, se produjeron «diluvios, epidemias y otras muchas cosas de este tipo, de las que sobrevivió un corto número de individuos de nuestra especie».<sup>8</sup> Platón concede especial importancia al diluvio. Cuando éste sucedió, todos los hombres murieron, excepto «algunos pastores montañeses, mezquinas brasas del linaje humano salvadas en las cumbres de los montes».<sup>9</sup> Los que se salvaron fueron hombres salvajes o semisalvajes, que habitaban en las montañas. Esos hombres no tenían «experiencia de las artes en general ni de los amaños de las gentes de la ciudad para aventajarse y triunfar de los demás, ni de los restantes maleficios que suelen concebir unos contra otros».<sup>10</sup> En el diluvio se perdieron, pues, no sólo vidas humanas, sino todo resto de civilización: las artes, y en general lo que supone la vida ciudadana. Para Platón «las ciudades se hallan en los llanos o cerca del mar».<sup>11</sup> Y como la *polis* es la unidad cultural, moral y humana, resulta que los que quedaron en las montañas no poseían ninguna de esas características. Los griegos les dieron un nombre preciso, el de *bárbaroi*, frente a los que viven en las ciudades de las llanuras o *polítai*. Los romanos llamaron a los primeros *barbari* y a los segundos *cives*.

Los bárbaros, evidentemente, no tienen una estructura política bien desarrollada. Pero tampoco carecen por completo de régimen político, sino que tienen uno muy rudimentario llamado *dynasteía* o *dominio*, que ya describió Homero a propósito de los Cíclopes:

No tienen ellos asambleas deliberantes ni leyes, sino que habitan las cimas de las altas montañas en las cavernas grutas, y cada uno da normas a sus hijos y esposas, sin preocuparse de lo demás.<sup>12</sup>

“ En Grecia el anciano deja de desempeñar el papel de excepción que tuvo en las culturas primitivas. ”

Pues bien, en estas sociedades primitivas, rústicas, bárbaras, que viven en las montañas, que no conocen la verdadera vida ciudadana, dice Platón que «manda el de mayor edad, por haber recibido la autoridad del padre o de la madre, y le siguen los demás formando un solo bando como las aves, gobernados paternalmente».<sup>13</sup> En las

8. *Leyes* III: 677 a.

9. *Leyes* III: 677 b.

10. *Leyes* III: 677 b.

11. *Leyes* III: 677 c.

12. *Odisea* IX: 112-115.

13. *Leyes* III: 680 d-e.

4. Cfr., p. ej., J. G. FRAZER, *La rama dorada*, Madrid, FCE, 1991, p. 73.

5. SIMONE DE BEAUVOIR, *op. cit.*, p. 64.

6. Job 12, 12.

7. Eclesiástico 6, 35

épocas más arcaicas, pues, el anciano tenía el poder político, y con él todos los demás.

A partir de ahí, esas familias o tribus se fueron uniendo y surgieron las comunidades políticas más grandes. En ellas hubo que elegir de entre todos los jefes de mayor edad de las comunidades integrantes a los *legisladores* y *gobernantes*. Surgen así los regímenes aristocráticos y monárquicos.<sup>14</sup> Finalmente, vendría el surgimiento de la polis propiamente tal, de la ciudad griega.

Platón, como buen griego, consideró siempre que los *polítai* por antonomasia eran los griegos, y que todos los otros pueblos quedaban incluidos en la categoría de *bárbaroi*.<sup>15</sup> No debemos olvidar que el término griego *bárbaros* significó originariamente el que no sabía hablar griego, el extranjero. Todos eran bárbaros, todos eran rudos, y tenían un dominio pobre y deficiente del *lógos*. *Lógos* significa en griego, como es bien sabido, palabra, pero significa también razón. Los bárbaros son deficientes en ambos sentidos de la palabra *lógos*. Como también les sucede a niños y ancianos, que son deficientes en el uso del *lógos*. Platón, como todos los griegos, piensa que la plenitud del *lógos* 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.

Lo mismo sucede en la *Política* de Aristóteles. También él comienza haciendo un breve repaso de los regímenes políticos que han existido con anterioridad. La primera comunidad estuvo constituida por casas y reuniones de casas o aldeas. La aldea, dice Aristóteles, «en su forma más natural aparece como una colonia de casas: algunos llaman a sus miembros «hijos de la misma leche» o «hijos de hijos». Ésta es también la razón de que al principio las ciudades fueran gobernadas por reyes, como todavía hoy los bárbaros; resultaron de la unión de personas sometidas a rey, ya que en toda casa reina el más anciano, y, por tanto, también en las colonias, cuyos miembros están unidos por el parentesco. Y eso es lo que dice Homero:

Cada uno es el legislador de sus hijos y mujeres pues en los primeros primitivos vivían dispersos.»<sup>16</sup>

Aristóteles considera que la veneración cuasireligiosa del anciano es reminiscencia de épocas pasadas. A los ancianos hay que tratarles con respeto, como a familiares venerables que son, pero nada más. En la *Ética a Nicómaco* escribe Aristóteles: «A todos los ancianos debemos honrarlos según su edad, levantándonos para salir a su encuentro, cediéndoles el asiento, y con otros actos semejantes de cortesía.»<sup>17</sup>

Todo esto demuestra bien hasta qué punto en la cultura clásica hay un corrimiento de la estimación social hacia la juventud. De hecho, el hombre perfecto, aquel que tiene todas sus potencialidades en acto, es el joven, quien se halla en la *ακμη* de la vida. Los griegos concibieron la vida como una parábola, cuyos lados se corres-

ponden con las fases de crecimiento y de decrecimiento de la vida, y el punto de confluencia de ambos lados con la *acmé* de la vida, la fase de plenitud vital. Los griegos denominaron a este momento con varios nombres, uno de ellos el de *juventud*. Las fases anterior y posterior se denominan, en el vocabulario propio de la filosofía griega, de *generación* y de *corrupción*. La fase de generación no termina con el nacimiento, sino que continúa hasta que el hombre llega a su plenitud, no antes de los veintiocho años ( $7 \times 4$ ). Y la fase de corrupción se inicia también en un múltiplo de 7, a los cuarenta y nueve años ( $7 \times 7$ ). Ahí comienza la ancianidad.

Hay un término griego enormemente interesante. Es el verbo *clíno*, que significa inclinar, acostar. De ahí proceden términos bien conocidos en nuestra lengua, como *reclinarse*, o *clínica*, el lugar donde están las personas tumbadas o acostadas en la cama, que en griego se decía *clíne*. Pero de ahí vienen otros términos no menos curiosos, como el de «clima», que significa la inclinación de un lugar determinado respecto de la estrella polar. Cuando la inclinación es nula, es decir, cuando la posición del observador forma un ángulo recto con la estrella polar, lo cual no sucede más que en el polo norte, el clima es bajo. Por el contrario, cuando uno va alejándose del polo y acercándose al ecuador, la visual de la estrella polar forma con la superficie de la tierra un ángulo cada vez más agudo, lo que demuestra que la inclinación o el clima es progresivamente mayor, lo que se manifiesta como aumento de temperatura.

Pero de ese verbo griego derivan también otros términos, como el de *clímax*, grada o escalera por la que se sube, y *climactér*, que significa peldaño de escalera. Pues bien, de ahí procede la palabra «climaterio», que originariamente significa escalón, haber subido o traspasado un escalón. Los griegos consideraban que la vida estaba dividida en escalones de siete años.<sup>18</sup> Cada siete o múltiplo de siete era una época crítica o climatérica, especialmente la de  $7 \times 7 = 49$ , y el de  $7 \times 9 = 63$ , que son las edades climatéricas por antonomasia.

“ Todo esto significa que para los griegos, y tras ellos para toda la cultura occidental, el ser humano está en la plenitud vital durante un tiempo más bien corto. ”

Todo esto significa que para los griegos, y tras ellos para toda la cultura occidental, el ser humano está en la plenitud vital durante un tiempo más bien corto, que va desde los veintiocho a los cuarenta y nueve años, y que desde luego no tiene nada que ver con la vejez. Cuando se contempla la gran estatuaría griega, se advierte la admiración de los griegos hacia la juventud, y su poco aprecio de la infancia y de la vejez. Sólo el joven es perfecto. El niño y el viejo son por definición imperfectos.

Y para comprobar esto no hay nada mejor que acudir de nuevo a Aristóteles. En el libro segundo de la *Retórica*, Aristóteles dedicó unos capítulos a hablar del *carác-*

14. Cfr. *Leyes* III: 681 c-d.

15. Cfr. *Leyes* III: 693 a.

16. *Política* 1252 b 17-22c.

17. *Ética a Nicómaco* 1165 a 26-28.

18. Cfr. SOLÓN fr. 19 D y 27. ARISTÓTELES, *Política* VII, 15: 1335 b 32; 1336 b 37.

ter (*éthos*). El *éthos*, comienza diciendo, depende de varias cosas, de las pasiones, de las disposiciones, de la edad y de la fortuna. Y al referirse a la edad añade: «Las edades son la juventud (*neótes*), la madurez (*acmé*) y la vejez (*gérás*).»<sup>19</sup> Inmediatamente, Aristóteles empieza a describir el carácter del joven, que en su opinión es desordenado y extremoso. El comienzo dice así: «Los jóvenes son por carácter concupiscentes e inclinados a hacer aquello que desean. Y en cuanto a las pasiones corporales son especialmente sumisos a las de venus e incontinentes en éstas. También son variables y fáciles de hartarse en sus pasiones, y desean fuertemente, pero se les pasa deprisa; sus caprichos son vehementes, pero no duraderos, como la sed y el hambre de los que están enfermos. También son apasionados y de cólera pronta y capaces de obedecer a su impulso. Y son dominados por la ira, porque por punto de honra no soportan ser tenidos en poco, sino que se enojan si se consideran víctimas de injusticia. Y son amantes del honor, pero aún más del triunfo, porque la juventud desea sobresalir, y la victoria es una especie de excelencia.»<sup>20</sup>

---

“ Para los griegos, sólo el joven es perfecto. El niño y el viejo son por definición imperfectos. ”

---

Aristóteles continúa describiendo la extremosidad de los jóvenes, tanto en sus aspectos positivos como negativos. Tras lo cual añade: «Y en todo pecan por carta de más y por vehemencia, contra lo dicho por Quilón, pues todo lo hacen con exceso: aman con exceso y odian con exceso y todo lo demás de modo semejante. También ellos creen que lo saben todo y afirman confiadamente; ello es la causa del exceso en todo. Las injusticias las comenten por insolencia y no por maldad.»<sup>21</sup>

En el polo opuesto se hallan los viejos. Ellos también son inmoderados, extremosos, pero no por exceso, como los jóvenes, sino por defecto. Por eso Aristóteles comienza describiéndolos así: «Los ancianos que han pasado la madurez tienen caracteres que en general se deducen de los contrarios a los anteriores, pues a causa de haber vivido muchos años y de haber sido muchas veces engañados y haber cometido errores, y por ser malas la mayoría de las cosas, no aseguran nada y en todo se quedan mucho más cortos de lo que se debe. Y opinan, pero no están ciertos, y cuando disputan añaden siempre el quizá y acaso, y todo lo dicen así y nada con seguridad. Y son maliciosos; pues consiste la malicia en tomarlo todo a mala parte. También son suspicaces por su falta de confianza, y carecen de confianza a causa de su experiencia... Y son mezquinos, por haber sido humillados por la vida, y no codician nada grande ni excesivo, sino lo adecuado para vivir. Y no son generosos... Y son cobardes... Y son egoístas... Y viven mirando la utilidad, y no al bien, en grado mayor del debido... Y son más desvergozados que ver-

gonzosos... Y son difíciles para la esperanza... Y viven más con la memoria que con la esperanza...»<sup>22</sup>

Hay un apotegma latino, directamente derivado de la ética aristotélica que dice: *in medio virtus quando extrema sunt vitiosa*. Esto es, exactamente, lo que pasa con las edades. La juventud y la vejez son extremas y por ello mismo viciosas. La virtud está en el medio, es decir, en la edad madura. De ahí que Aristóteles comience el capítulo que dedica a ella con estas palabras: «Los que están en la plenitud es evidente que estarán por su carácter entre éstos [jóvenes y viejos], quitando de unos y otros el exceso: ni demasiado confiados (porque eso es la temeridad), ni demasiado temerosos, sino en buen ánimo para lo uno y para lo otro; ni fiándose de todos ni de todos desconfiando, sino más bien juzgando conforme a lo verdadero; y no viviendo sólo para el bien ni sólo para lo útil, sino para ambas cosas; ni tampoco para el ahorro ni para la prodigalidad, sino para lo adecuado. De modo semejante en lo que se refiere a la pasión y a la concupiscencia. Y son temerantes con valor y valientes con templanza. Así, pues, entre los jóvenes y los viejos se distribuyen estas cualidades de modo que los jóvenes son valerosos e intemperantes, los viejos temperantes y cobardes. Por decirlo en general, cuanto de bueno se reparte entre la juventud y la vejez lo poseen los que están en la madurez, y lo que tienen unos y otros de exceso o de defecto, de esto tienen lo moderado y adecuado.»<sup>23</sup>

Tras lo cual ya no le queda a Aristóteles más que delimitar cronológicamente el periodo de la madurez, lo que hace con estas palabras: «El cuerpo está en la flor desde los treinta años hasta los treinta y cinco, y el alma alrededor de los cuarenta y nueve.»<sup>24</sup> La plenitud corporal se consigue, pues, entre los  $7 \times 4$  y los  $7 \times 5$ , y la espiritual entre los  $7 \times 5$  y los  $7 \times 7$ . Platón difiere un poco de estas cifras. En la República afirma que la plenitud corporal del varón se logra a los treinta años y la de la mujer a los veinte<sup>25</sup> y la intelectual a los cincuenta.<sup>26</sup>

La conclusión de todo esto es que en Grecia, en los orígenes de la cultura occidental, se da un claro corrimiento de la *acmé* de la vida desde la vejez a la madurez. El viejo no interesa mucho, porque se le considera un sujeto enfermo, y en tanto que enfermo feo y malo. Éste es un tema que ya he tratado en otras obras mías, la correspondencia que se da en el naturalismo griego entre salud, bondad y belleza, y cómo, por tanto, el sujeto enfermo es malo y feo. Pues bien, a la vejez le sucede esto. El enfermo es un ser antinatural, un pequeño monstruo de la naturaleza. Platón tiene un texto tremendo en que dice que la enfermedad es una vejez prematura, y la vejez una enfermedad permanente.

Desde esta perspectiva es desde la que hay que leer los tratados De *senectute* escritos en la época clásica, como, por ejemplo, el de Cicerón. No se crea que en ellos se alaba la vejez. Todo lo contrario. De lo que se trata es de aceptar estoicamente los achaques de la ancianidad, de

22. ARISTÓTELES, *Retórica* II, 13: 1389 b 14-1390 a 7.

23. ARISTÓTELES, *Retórica* II, 14: 1390 a 29-b 10.

24. ARISTÓTELES, *Retórica* II, 14: 1390 b 11-12.

25. PLATÓN, *República* V: 460 e.

26. PLATÓN, *República* VII: 540 a. En *Leyes* IV 721 a y VI 772 e pone otros límites de edad.

19. ARISTÓTELES, *Retórica* II, 12: 1388 b 37.

20. ARISTÓTELES, *Retórica* II, 12: 1389 a 3-14.

21. ARISTÓTELES, *Retórica* II, 12: 1389 b 3-9.

sobrellevarlos con paciencia, y de sacar de ellos el mejor partido posible.<sup>27</sup> El anciano lo que necesita es resignación. Y para ello, no hay duda, pocas filosofías tan adecuadas como la estoica. No puede extrañar, pues, que el estoicismo hiciera de eso causa propia.

El cristianismo, como ya he dicho, aceptó sin problemas la perspectiva griega. No en vano Jesús de Nazaret se ajusta en su vida perfectamente al paradigma griego. Llevó una vida oculta hasta después de los veintiocho años, y entonces comenzó su vida pública, que acabó antes de que se iniciara su vejez. Así se explican también las referencias a la juventud que hay en los escritos neotestamentarios. La juventud es un don divino. Simone de Beauvoir ha sabido ver bien que esto influye en la preeminencia de la juventud en la Edad Media, sobre todo a partir del siglo XI.<sup>28</sup>

## EL MUNDO MODERNO: EL VIEJO COMO JUBILADO

La sociedad moderna aparece cuando se produce el fenómeno que Max Weber describió como burocratización del Estado, o aparición del Estado democrático. El Estado antiguo se identificaba con unos individuos, los reyes, y unas familias, las de la nobleza. Por el contrario, el Estado moderno, el surgido tras las revoluciones liberales, es muy impersonal. El poder no es de los que lo detentan sino de la institución, que es un ente impersonal. En el mundo moderno el Estado se impersonaliza y burocratiza. Este Estado burocrático es cada vez más complejo. Como consecuencia de ello, aparece un funcionariado progresivamente más importante. El poder de los nobles lo tienen ahora los funcionarios públicos. Es el llamado sector terciario de la sociedad. Pues bien, en este medio burocrático y funcional es en el que surgen dos fenómenos de la máxima importancia: la jubilación y las pensiones de jubilación. Como ha escrito Simone de Beauvoir: «La pensión se concibió primero como una recompensa. Ya en 1796 Tom Paine aconsejaba recompensar con una pensión a los trabajadores de cincuenta años. En Bélgica y Holanda se concedieron pensiones en el sector público a partir de 1844. En Francia, en el siglo XIX, los militares y funcionarios fueron los primeros en recibir pensiones; el Segundo Imperio las otorgó después a los mineros, los marineros, los obreros de los arsenales, los ferroviarios. Se consideraba que recompensaban, en profesiones peligrosas, un largo período de leales servicios. La atribución se hizo organizada y habitual con dos condiciones: largos años de trabajo y una edad determinada.»<sup>29</sup>

Las gratificaciones por jubilación aparecen como tales en los inicios del Estado liberal moderno. Pero tienen, como todo, sus antecedentes. En las cortes absolutistas era costumbre beneficiar económicamente a las personas que dejaban su puesto tras haber prestado servicios durante muchos años. Esa costumbre transformada, burocratizada, acabará dando como resultado las pensio-

nes de jubilación. La jubilación y las pensiones surgen en el sector terciario, inmediatamente después de la configuración de los Estados tras las revoluciones liberales. Esos Estados burocráticos es lógico que jubilaran a sus funcionarios, y también es lógico que les compensaran económicamente por quedar en una situación muy precaria, si se compara con la que tenían los ancianos en el sector primario o agrícola tradicional. Como ha escrito Simone de Beauvoir, «en la sociedad antigua, compuesta esencialmente de campesinos y artesanos, había una exacta coincidencia entre la profesión y la existencia»,<sup>30</sup> cosa que no sucede ya en la sociedad moderna.

La condición de los funcionarios, con todo, no era peor que la de los obreros que trabajaban en las empresas surgidas de la revolución industrial, es decir, en el sector secundario. Esto explica que pronto reivindicaran éstos unos beneficios similares a los de los funcionarios. Llamo aquí mundo moderno al que aparece con la revolución industrial. Cuando, a partir de 1848, se inician los movimientos sociales de reivindicación de los derechos laborales y sociales, uno de ellos va a ser el de la jubilación a una cierta edad y el de pensión de jubilación para los trabajadores industriales. La jubilación no se daba en las sociedades agrícolas o primarias, pero sí se da en las sociedades industriales o secundarias, lo mismo que en las sociedades de servicios o terciarias.

A partir de ahí, se inicia la creación, desde finales del siglo XIX, de todo el sistema de seguros sociales, tantas veces historiada, y que no es preciso referir aquí.<sup>31</sup>

Todo esto se puede ver como una humanización de la sociedad. Pero también puede interpretarse de otra manera. Desde la crisis del 29 vivimos en una economía llamada neocapitalista, que pone el acento económico no en el ahorro, como el liberalismo tradicional, sino en el consumo. Nuestra sociedad es la sociedad de consumo, y nuestro Estado el Estado de bienestar. No son dos cosas ajenas la una a la otra. Sólo cuando el Estado asegura las contingencias negativas de la vida, como es la enfermedad o la vejez, puede dinamizarse el consumo de una sociedad. Si las personas se dedican a ahorrar para cubrir las contingencias negativas de la vida, el consumo se retrae obligatoriamente. Por eso el sistema de seguros sociales tiene una finalidad económica de primera categoría. Los ancianos no pueden ser productores, pues en eso consiste precisamente la jubilación, pero sí pueden y deben ser consumidores. Esta es la clave fundamental para entender el modo como nuestra sociedad enfoca el problema de la ancianidad: El jubilado no es un productor, pero sí debe ser un consumidor. La crisis del 73 ha rebajado algo estos ideales, pero la tesis sigue en pie, al menos por ahora. Quizá en los próximos años haya que revisar estas tesis de raíz.<sup>32</sup>

30. SIMONE DE BEAUVOIR, *op. cit.*, p. 269.

31. Cfr. SIMONE DE BEAUVOIR, *op. cit.*, pp. 270ss.

32. Sobre la vejez en la sociedad actual, cfr. J. SÁNCHEZ CARO y F. RAMOS, *La vejez y sus mitos*, Barcelona, Salvat, 1982; P. R. BIZE y C. VALLIER, *Una nueva vida: la tercera edad*, Bilbao, Mensajero, 1973; A. COMFORT, *Una buena edad: la tercera edad*, Madrid, Debate, 1977; INFORME GAUR, *La situación del anciano en España*, Madrid, Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1975; E. MIRA y LÓPEZ, *Hacia una vejez joven*, Buenos Aires, Kapelusz, 1961.

27. Cfr. CICERÓN, *De la vejez*, México, Porrúa, 1990.

28. Cfr. SIMONE DE BEAUVOIR, *op. cit.*, p. 161.

29. SIMONE DE BEAUVOIR, *op. cit.*, pp. 269-270.

# LA VEJEZ EN LA SOCIEDAD ACTUAL

PLA INTEGRAL DE LA GENT GRAN. Generalitat de Catalunya  
Departament de Benestar Social. 1993

*Entre los múltiples cambios que se están produciendo en las sociedades occidentales de finales de siglo, destaca el que se refiere al papel de los mayores en la sociedad. El largo proceso de deterioro del estatuto privilegiado que ocupaban en ciertas clases sociales, y que la sociedad industrial ha ido desviando con una tendencia hacia la marginación de las personas mayores, se ha roto bajo el efecto de la prolongación de la esperanza de vida y el de la generalización de las pensiones de jubilación.*

*La inversión demográfica que supone la prolongación de la esperanza de vida y la reducción de la tasa de natalidad está produciendo un incremento progresivo del número de personas mayores en todas las sociedades industrializadas, pero sobre todo ha hecho aumentar el peso relativo de este colectivo en relación a los jóvenes y a la población activa.*

*El concepto de vejez o de ancianidad ha ido evolucionando a medida que el tiempo biológico se transformaba en tiempo social. Ciertos autores definen una nueva etapa vital (entre los 50 y los 75) que llamamos «el tercer cuarto de vida». Así la vejez social o la jubilación a los 65 años surgió en un momento en que el tipo de trabajo convertía a las personas de esta edad en improductivas. Hoy el cambio de trabajos y el progreso de la medicina hace que las personas de 65 años no se encuentren en un estado de deterioro físico y mental tan elevado como para aconsejar la jubilación. El tiempo legislado ya no corresponde al biológico. Parece que las grandes ideas teóricas se han puesto de acuerdo en decir que la vejez empieza a los 75 años, siendo el período de los 75 años el período de la madurez tardía.*

*Este retraso y a la vez expansión de la vejez genera nuevas necesidades de atención y servicios dedicados a la población, pero también constituye la base de un nuevo papel del anciano en la sociedad.*

*A pesar de la tendencia a considerar la vejez como una nueva categoría social, se constata una gran diversidad de situaciones y de problemáticas sociales, culturales y económicas. Incluso el aspecto físico varía mucho en función de las variables socio-económicas.*

*La mejora evidente de las condiciones de vida de las personas de edad avanzada y su constitución como nuevo sujeto de consumo, no nos puede hacer olvidar la realidad de que uno de los colectivos más importantes entre los sectores marginados de nuestra sociedad son las personas mayores. Esta contradicción nos recuerda que el envejecimiento es un proceso de pérdida progresiva de la autonomía de la persona y que, por lo tanto, se produce una necesidad creciente de ayuda para conseguir que los mayores puedan continuar valiéndose por sí mismos. En los casos en que no se produzca*

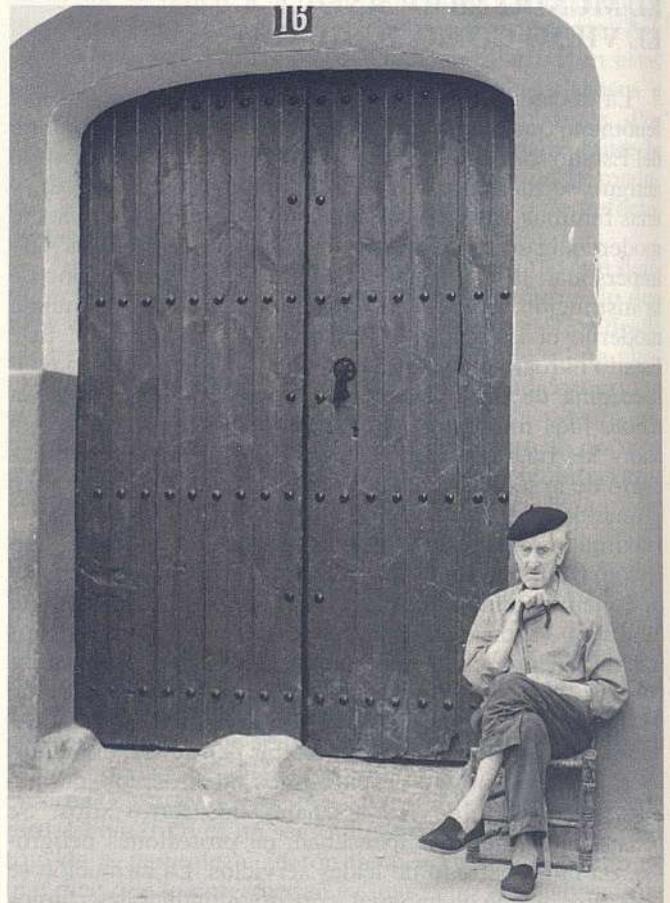


FOTO JOSEP BALLESTER

El deterioro de la autonomía y de la movilidad de las personas mayores es un factor que provoca el aislamiento del entorno social.

*esta ayuda, ya sea económica, médica, social o humana, el deterioro de las condiciones de vida cae rápidamente a cuotas de marginalidad.*

*Según datos del mapa de pobreza en Catalunya, la proporción de pobres entre el colectivo de gente mayor es casi el doble de la que se da en el resto de colectivos.*

*Seguramente uno de los indicadores del desarrollo social y cultural de una sociedad es el nivel de atención a la vejez, lo mismo que sucede con la infancia.*

## FAMILIA PATRIARCAL VERSUS FAMILIA NUCLEAR

La transformación de la familia tradicional, extensa y patriarcal, a una familia nuclear durante todo el proceso de industrialización ha provocado cambios importantes en las relaciones entre parientes y en las relaciones intergeneracionales dentro de una misma familia.

Las relaciones familiares están cada vez más reducidas en todos y cada uno de los procesos que configuran la sociedad. La jerarquización tradicional de la familia mediterránea, de aspecto fuertemente patriarcal, es cuestionada por las nuevas generaciones, que desarrollan sus relaciones, cada vez más, fuera del marco familiar.

También se debilitan los lazos comunitarios. Para entenderlo, deben tenerse en cuenta los fuertes movimientos migratorios del campo a la ciudad, la separación, casi forzosa, de las unidades familiares y los condicionamientos socio-económicos de la cultura occidental. Por último, el diseño de las ciudades, muchas veces infravalorado, ha agravado la incomunicación y el desarraigo de las personas que las habitan.

En este contexto la familia nuclear habita en pisos reducidos en las grandes ciudades y tiene problemas para encargarse de los abuelos cuando éstos necesitan ayuda. Por otro lado, los abuelos que viven solos en pueblos pequeños a causa de la migración de toda la familia a las ciudades tienen también problemas cuando no pueden valerse por sí mismos. La creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo significa un nuevo impedimento para la atención a los abuelos dentro de la familia, y a la vez denota una menor dependencia de la mujer en estas tareas.

Una mayor autonomía de las personas mayores, las dificultades materiales (de espacio, tiempo, etc.) y los cambios de mentalidad hacia un mayor individualismo y una mayor autonomía de las personas dentro de las relaciones familiares han modificado la tradicional concepción de la familia como unidad social de atención a los mayores. Así pues las familias tienen cada vez más dificultades para continuar ejerciendo esta función tradicional.

También debe tenerse en cuenta, que se está produciendo un importante cambio generacional entre las generaciones que alcanzan la vejez en la década de los noventa. Los ancianos de los setenta y los ochenta eran mayoritariamente personas que vivieron en su madurez el gran movimiento de la población del campo a las ciudades, soportando un fuerte coste de desarraigo de su medio, pero, a la vez, manteniendo una estrecha solidaridad intergeneracional característica de la cultura tradicional.

Por el contrario, las nuevas generaciones las que están envejeciendo actualmente son las que protagonizaron las grandes migraciones de los sesenta y que han ido envejeciendo en el nuevo contexto urbano. Por lo tanto, presentan un mayor grado de adaptación al medio, y una mayor autonomía personal y económica, dentro de un contexto de menor solidaridad intergeneracional, y en consecuencia con un nivel de exigencia de servicios más alto.

En una sociedad más tolerante, las relaciones entre

generaciones dentro de la familia han mejorado, favoreciendo nuevos lazos de solidaridad entre abuelos y nietos.

## DEL MUNDO ACTIVO AL INACTIVO: LA RUPTURA DE LA JUBILACIÓN

El derecho a la jubilación ha sido una de las grandes conquistas sociales del siglo XX. La generación de este derecho ha cambiado radicalmente la situación de la vejez con importantes efectos económicos y sociales en el entorno. Sólo hace falta recordar la transformación que han sufrido los pequeños pueblos del medio rural, mayoritariamente habitados por personas de edad avanzada a causa, entre otros factores, de la capacidad adquisitiva de sus ciudadanos a partir del momento de la generalización de las pensiones de jubilación.

El derecho a una pensión de jubilación como contrapartida a toda una vida dedicada al trabajo y como complemento diferido de previsión de un salario demasiado justo que no permite generar ahorro, ha sido el instrumento de previsión básico de la política social de la vejez.

La jubilación permite retirar del mercado de trabajo la mano de obra que ha perdido su capacidad productiva. Hasta hace poco, la jubilación coincidía con un deterioro rápido de la salud de las personas y con un agotamiento de las capacidades de trabajo a causa de la carga física del trabajo. Pero, cada vez más, la mejora de las condiciones de salud de la población hace que se llegue a la jubilación normalmente en unas condiciones físicas y psíquicas de plena autonomía personal.

Si el cansancio del trabajo compensaba la pérdida del estatuto de persona activa y el deterioro físico y psíquico favorecía la aceptación de la nueva situación, en la actualidad se ha generado una resistencia a la jubilación, y ésta se vive más como la marginación de una persona que aún se encuentra en su plena capacidad.

El rápido proceso de innovación tecnológica que viven las sociedades occidentales ha favorecido esta tendencia y ha dejado como obsoleta a una parte importante de la población activa por su dificultad a adaptarse al cambio tecnológico. De esta forma se ha generalizado una tendencia a la jubilación dentro de la población. El nuevo criterio de jubilación ya no es la pérdida de capacidad física de trabajo sino la dificultad de reciclar la calificación acumulada.

Un claro indicador de la importancia de este fenómeno es que en todo el Estado español en el segundo trimestre de 1988, trabajaban o buscaban trabajo el 97% de los varones de 30 a 34 años de edad, pero sólo el 48% de los que tenían entre 60 y 64 años. Estas personas, además de requerir unos ingresos —substitutivos de las rentas perdidas—, necesitaban una actividad en la que ocupar sus energías.

En estas condiciones la jubilación representa una ruptura radical en la vida del individuo, sin que ningún hecho de tipo físico marque las fronteras, y sin que ningún factor de salud presione la aceptación de los hechos.

A pesar de eso, debemos matizar que si bien la carga física de trabajo ha disminuido no ha sucedido lo mismo

con la carga psíquica. El aumento del estrés en la vida laboral del individuo produce un hastío del trabajo que hace cada vez más deseable su retirada del mercado de trabajo sobre todo para aquellos individuos sometidos a condiciones más estresantes de trabajo, y aparece el fenómeno de la jubilación anticipada voluntaria.

La jubilación, tal y como hoy se plantea, es un paso demasiado duro entre la actividad productiva y la inactividad, además está poco justificada desde un punto de vista social, al prescindir la sociedad de todo un importante colectivo, el que más experiencia tiene acumulada para cualquier aportación social. Lo que está en juego es el concepto de productividad social, y se ha desarrollado un nuevo concepto de transición gradual hacia la jubilación. Así pues, igual que en el caso de la incorporación de los jóvenes al mundo laboral, nos preguntamos si no debería hablarse también de transición y, por lo tanto, de políticas de transición en el abandono del mercado de trabajo.

Por otro lado, debe introducirse una nueva diferenciación y considerar el factor sexo. La menor participación de la mujer en el mercado de trabajo y las responsabilidades domésticas y familiares que socialmente continúan atribuyéndosele, hacen que el modelo de jubilación descrito sólo se pueda aplicar a los hombres y mujeres solteras, pero no a la mayoría de las personas del sexo femenino. Para ellas la jubilación no existe, ya sea porque no han participado en el mercado de trabajo el número de años requeridos para tener derecho a una pensión o bien porque las tareas familiares y domésticas no reconocen la jubilación.

## PROBLEMAS SOCIALES DE LA VEJEZ

A pesar de las mejoras descritas en las condiciones sociales de la vejez, el incremento de las necesidades de servicios para atender a esta población y la fragilidad que supone la progresiva pérdida de la autonomía personal por el paso de los años, hace que la vejez como tal, aparezca hoy como un importante problema social.

Para numerosas personas de edad avanzada, la combinación de distintos factores de privación (económicos, de salud, familiares) genera una situación de necesidad social profunda y urgente para la cual nuestra sociedad aún no ofrece suficientes servicios para atenderla.

### Calidad de viuda, rentas y consumo

Las desigualdades económicas entre las personas mayores se suelen poder contrastar mucho más que en otros grupos sociales. Tanto la pobreza como la riqueza patrimonial tienden a concentrarse en las personas de más edad. Por lo tanto cuando hablamos de la capacidad adquisitiva de las personas mayores tenemos que tener en cuenta estas diferencias. Para la mayor parte de los abuelos, su capacidad adquisitiva dependerá de la cantidad de la pensión de jubilación, de los ahorros acumulados durante su vida activa y de las ayudas y prestaciones de servicios que los familiares puedan ofrecerles para disminuir los gastos básicos.

Durante el año 1987, el 40 % de la población mayor de 65 años decía tener ingresos inferiores al SMI, de los cuales, sólo el 17,6 % recibían ayuda familiar. Un 23 % declaraba no percibir ninguna pensión.

Estas cifras indican que un colectivo muy amplio de mayores aún está lejos de poder tener un nivel de vida mínimo en relación con el nivel de la sociedad en la que viven. Esta situación puede agravarse en los próximos años a causa de una menor aportación familiar a los gastos básicos (sobre todo vivienda), ya que la crisis económica ha reducido considerablemente los ahorros de las familias, y que el desarrollo importante de la economía irregular resta cotizaciones a la Seguridad Social lo que impedirá (según las leyes actuales) el derecho a una pensión de jubilación. La cantidad reducida de las pensiones asistenciales no puede compensar estas carencias.

La crisis financiera de los sistemas de previsión social públicos crean una nueva fuente de inseguridad tanto para las personas mayores como para la población activa, ya que se teme no tener asegurada una pensión suficiente a pesar de haber cotizado durante toda su vida activa. Por otro lado, al lado de esta inseguridad y del escaso financiamiento de un importante sector de jubilados, durante la última década se ha consolidado en nuestro país un sector de personas de edad avanzada, que mantiene su capacidad adquisitiva, y que constituye un nuevo mercado de consumo especializado.

### Aislamiento y soledad

El deterioro de la autonomía y de la movilidad de las personas mayores es un factor que provoca el aislamiento del entorno social. Si los abuelos viven en familia con hijos y nietos, la actividad de la vida doméstica y familiar compensa, en parte, el aislamiento del entorno exterior, pero cada vez más los abuelos viven separados de su familia y en muchos casos solos (41 % con su pareja; 28 % con hijos y/o pareja; 22 % solos; y el resto, otras situaciones). En otros países de la CE los porcentajes de los que viven solos sobrepasa el 30 %, por lo tanto es de suponer que esta situación tenderá aumentar en los próximos años.

La disminución de la intensidad de las relaciones vecinales es también un factor que no ayuda a la integración de la persona mayor a su medio, aunque las personas que actualmente envejecen afirman en un porcentaje alto (80 %) estar satisfechos con su lugar de residencia, ya sea barrio o ciudad.

Estamos de acuerdo en reconocer que el hecho de que las personas mayores vivan solas es un indicador importante de una necesidad potencial.

### La ciudad y el anciano

Hoy la gran mayoría de ancianos viven en zonas urbanas, ya sea en grandes o pequeñas ciudades. La organización de la vida urbana actual y la misma infraestructura de las ciudades presenta importantes dificultades para la convivencia de personas con una disminución de su autonomía, ya sean niños, personas mayores o minusválidos. La falta de espacios públicos de relación o lúdicos, las

barreras arquitectónicas, la prepotencia y la agresividad del tránsito rodado, la falta de servicios para tiempos de ocio, etc. son algunos de los elementos que dificultan la vida social de las personas mayores. Hoy se habla de ciudad educadora, debería hablarse también de una ciudad acogedora para las personas mayores.

La vivienda constituye otro elemento urbano problemático para las personas mayores. Las viviendas habitadas por personas de edad avanzada suelen ser viviendas viejas, muchas de las cuales no reúnen todas las condiciones de salubridad necesarias y mucho menos adaptadas a las condiciones de vida de los ancianos. La remodelación y modernización de las zonas deterioradas de las ciudades afecta en gran medida a personas mayores que no tienen posibilidades de afrontar los gastos de una vivienda en condiciones. El fuerte aumento de los precios de la vivienda en las grandes ciudades, en los últimos años, imposibilita totalmente que las personas no activas puedan acceder a nuevas viviendas. Este problema se agravará aún más en el futuro, ya que en la actualidad un importante número de personas mayores viven en viviendas de su propiedad, que adquirieron en un momento en que los precios eran asequibles, pero esta posibilidad está desapareciendo.

## DE LA VEJEZ A LA TERCERA EDAD

El crecimiento del colectivo de las personas mayores en las sociedades desarrolladas, su mayor independencia dentro de las relaciones familiares y el aumento de la

capacidad adquisitiva de una parte importante de este colectivo configuran un nuevo sujeto social de características sociológicas distintas de las de los ancianos de hace tan sólo 30 años en el caso de nuestro país.

Los dos elementos más importantes que ayudan a definir esta nueva configuración son: su capacidad de consumo y su capacidad política. En el primer caso, asistimos al desarrollo de un mercado de consumo especializado en ofrecer productos y servicios a las personas mayores (productos turísticos, residencias, deportes, tiempo libre, gestión de ahorros, etc.). En el segundo caso, el voto de las personas mayores es un instrumento de presión política importante y constituye a este colectivo como clientela específica para el juego político.

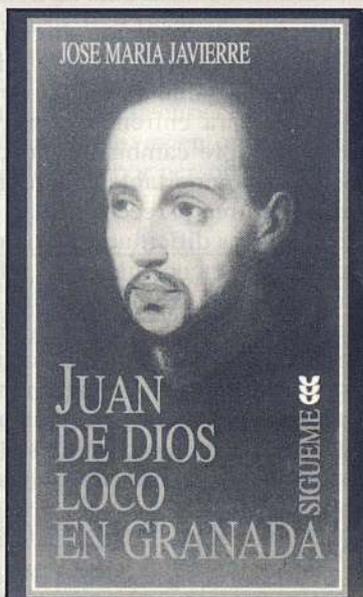
En este contexto se produce una redefinición de la vejez que genera una evolución hacia nuevas identificaciones culturales y sociales de las personas mayores. El concepto de la *tercera edad* como marca comercial de la vejez es un buen ejemplo de los procesos de manipulación que acompañan el proceso de recomposición de su papel dentro de la sociedad de finales de siglo.

En este proceso emergente contrasta, el importante número de personas mayores que se ven marginadas de esta evolución reproduciendo la estigmatización social de la vejez como colectivo decadente.

El progresivo envejecimiento de nuestras sociedades comportará cambios importantes tanto en la organización social como en la gestión pública y sobre los conceptos del estado de bienestar, en la medida en que está cambiando radicalmente la estructura demográfica sobre la cual se ha basado hasta ahora toda sociedad.

### Nueva biografía sobre san Juan de Dios

## JUAN DE DIOS, LOCO EN GRANADA



Aca de publicarse la última biografía sobre el Fundador de la Orden Hospitalaria:  
**JUAN DE DIOS, LOCO EN GRANADA.**

Autor de la misma es el conocido sacerdote y Aperiodista José María Javierre, de cuya pluma vieron también la luz biografías como las de insignes santos del Siglo de Oro como Teresa de Jesús y Juan de la Cruz.

Publicada por Ediciones Sígueme (Salamanca), en un volumen de 821 páginas, puede adquirirse en las diferentes librerías religiosas, o solicitándola a nuestra revista:

#### INFORMACIÓN Y NOTICIAS

Curia Provincial

Doctor Antoni Pujadas, 40

08830 SANT BOI DE LLOBREGAT (Barcelona)

# SALUD, VEJEZ Y MUERTE\*

Harry E. Emson

*La finitud de la vida sigue siendo una realidad inmutable.*

*Todos, a menos que otros procesos lo adelanten, evolucionamos hacia la vejez y la muerte. No interesa tanto la vejez en sí, cuanto las limitaciones que ella conlleva. No se trata de conservar un perfecto estado de bienestar, sino de poder realizar una función, la propia de cada grupo de edad y sexo para cada especie.*

*El reto está en contener la morbilidad y retrasar lo más posible el comienzo de las enfermedades crónicas: tratar de prevenir o postergar los problemas de salud y ayudar a mejorar las limitaciones de la edad.*

En la atención sanitaria, el primer requisito debería ser el definir correctamente lo que intentamos hacer. La necesidad de hacerlo se intensifica cuando estamos bajo estrés, parte del cual está causado por un incremento creciente de una tecnología muy sofisticada que supera la capacidad general para pagar por ella. Al tratar con seres humanos y sus problemas, estamos orientados hacia la persona y los acontecimientos; nuestro credo siempre ha sido y es hacer lo más que se pueda por un individuo, en un momento determinado. Cada vez más, debemos modificar este enfoque tradicional considerando la atención médica esporádica del individuo como parte de dos situaciones continuas del individuo, una, en relación con la duración de su vida, y otra, la del individuo en relación con la comunidad y el sistema sanitario al que todos pertenecemos. No estamos preparados ni tenemos práctica en definir nuestros objetivos generales.

“La salud normal se define por su función, la capacidad para enfrentarse con los desafíos y demandas de la siempre cambiante vida; varía según el sexo y según la edad.”

La definición de salud es un buen punto para comenzar cualquier tema dentro del sistema y de las profesiones implicadas en la sanidad pública. La definición más popular y citada más ampliamente proviene de la World Health Organisation (WHO), Organización Mundial de la Salud: «la Salud es un estado de completo bienestar físi-

co, mental y social, y no simplemente la ausencia de lesiones o enfermedad». <sup>1</sup> Esta definición no ha sido de mucha utilidad; es vaga, poco específica y difícil de precisar en objetivos prácticos, firmes, limitados y realizables.

La definición de Boorse es mucho más específica, científica, y exacta aunque difícil de interpretar. <sup>2</sup> Debido a esto, merece ser citada completamente. Es necesario tener en cuenta que:

- El grupo de referencia es un grupo natural de organismos con unas características funcionales uniformes; específicamente, un grupo de edad y sexo de una especie.
- Una función normal de una parte o de un proceso de los miembros del grupo de referencia es una contribución estadísticamente característica a su supervivencia como individuo y a su reproducción.
- La salud de un miembro del grupo de referencia es su capacidad funcional normal; la aptitud de cada parte para llevar a cabo todas sus funciones normales con al menos una eficiencia aceptable.

Esto es lo más objetivo que se puede conseguir, y una vez entendido, es de mucha más utilidad que la definición de la WHO. Si queremos definir el estado de *salud posi-*

“Vivimos en una sociedad que intenta de muchas maneras negar la muerte y su precursor, el envejecimiento.”

*tiva* necesitamos una formulación diferente pues no podemos permitirnos la confusión. La definición de Boorse incluye lo esencial. La salud normal se define por su función, la capacidad para enfrentarse con los desafíos y demandas de la siempre cambiante vida; varía según el sexo y lo que es más importante en el contexto presente, según la edad. A mi me parece que esto nos acerca a la definición ideal, y si es difícil utilizarlo en una conversación diaria, debería al menos hacernos reflexionar cuidadosamente sobre lo que queremos decir.

Un fundamento implícito es que la vida es finita: El Homo Sapiens es un mamífero, un metazoo, con una duración de vida limitada. En algún momento todos envejecemos y morimos de alguna manera. La senilidad y la mortalidad del individuo parecen ser la penalización biológica, inevitable y universal que pagamos por las

\* Agradecemos la colaboración de Cambridge University Press al permitirnos traducir y publicar este artículo, EMSON, HARRY E. «Health, aging and death». *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 1995; 4(2): 163-166.

1. *The First Ten Years of the World Health Organisation*. Geneva: World Health Organisation, 1958.

2. BOORSE C. «Health as a philosophical concept». *Philosophical Science*. 1977; 44: 542-573.

ventajas de la organización metazoaria. Es necesario admitir esto en cualquier sistema sanitario así como en cualquier filosofía de la vida, pero no somos expertos en hacerlo. Vivimos en una sociedad que intenta de muchas maneras negar la muerte y su precursor, el envejecimiento. Puede parecer una manera extraña de enfocar la atención sanitaria, pero a menos que nuestro sistema admita y abarque estos hechos inevitables, fracasará porque estará basada en un fundamento falso.

Una manera de cómo pueden representarse los diversos aspectos de la salud es mediante curvas en relación con el tiempo. La duración de vida aproximada para nuestras especies está biológicamente determinada, como parece serlo para otros metazoos, pero los patrones de supervivencia y envejecimiento pueden ser alterados. El final de cada curva está determinado por la muerte, cuyo tiempo podemos variar muy poco, en cambio podemos cambiar la forma de la curva que nos lleva a ese punto final. El promedio de duración de la vida, las expectativas de vida a una edad determinada, y la edad de la muerte pueden cambiar y de hecho cambian según las poblaciones; todas las han incrementado marcadamente en los últimos 200 años. El promedio de duración de la vida de distintos mamíferos es limitado, fijo y en relación muy

“La duración de vida aproximada para nuestras especies está biológicamente determinada pero los patrones de supervivencia y envejecimiento pueden ser alterados.”

estrecha con la masa corporal; la del Homo Sapiens parece ser de 85 a 90 años. Las historias que persisten en describir comunidades aisladas de las montañas con individuos centenarios ágiles y sexualmente activos son probablemente pura ficción.

La curva de supervivencia en relación con la edad es idealmente *cuadrada*, permaneciendo a un mismo nivel tanto como sea posible hasta la caída precipitada de la muerte. Esta curva ha sido cuadrada hasta un nivel significativo. La mayoría de influencias que todavía la hacen bajar están definidas y en teoría se pueden prevenir; accidentes de tráfico, violencia y SIDA entre ellas. Su reducción no cambiaría mucho la curva de supervivencia, pero serían medidas significativas en otros aspectos, como la pérdida de años de vida por persona (person/years of life lost -PYLL).

“La curva de supervivencia en relación con la edad es idealmente *cuadrada*.”

También es posible representar gráficamente la entidad, más rara, de salud en relación a la edad, y aquí, de nuevo, el ideal es una curva cuadrada, función óptima mantenida tanto tiempo como sea posible hasta el brusco declive final. Esto es lo que les sucede a nuestras células separadas y mantenidas en cultivo; no hay razón para suponer que no se pueda conseguir con la totalidad del organismo. Una descripción ficticia excelente y prescien-

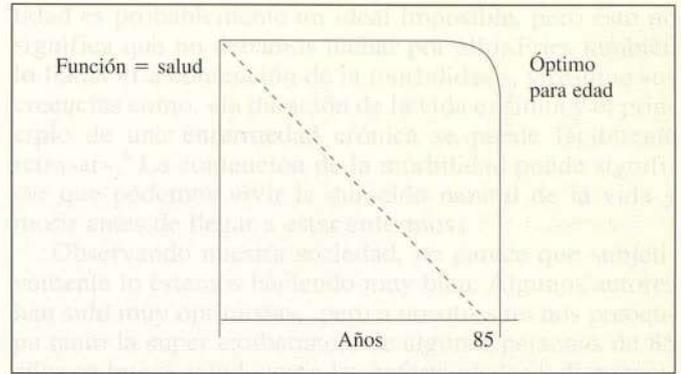


Fig. 1. Representación simplificada de la función salud actual e ideal para la edad.

te de esta situación la dio Huxley,<sup>3</sup> y mientras uno puede no estar de acuerdo con el sistema de valores de la sociedad que describió, no puede negarse su éxito psicológico.

Aunque la curva de supervivencia en relación con la edad ha sido en gran medida cuadrada la de la salud en relación con la edad no lo ha sido. Este ideal se consigue raramente en la práctica y la mayoría de los individuos sufren un deterioro de la salud con la edad a lo largo de la vida. De lo que trata el servicio de salud y las especialidades médicas, su objetivo, es cuadrar esta curva y eliminar tanto como sea posible el área entre lo ideal y lo real.

Hay otra limitación fundamental que debemos admitir en nuestros cálculos. La salud definida por la función es característica de la edad, y la función disminuye con el envejecimiento. Incluso las personas sanas no corren tan rápidamente una milla a los 60 años como lo hicieron a los 30. La curva ideal es cuadrada sólo si la función se define como específica de la edad, y no en valores absolutos. Podemos dibujar dos curvas, ambas en declive; una es la de la función óptima para la edad, y la otra la función promedio o real. El objetivo primero de los servicios de salud sigue siendo la eliminación del área entre estas dos curvas (fig. 1), y sólo se manifiesta claramente cuando admitimos la disminución fundamental de la función con la edad.

¿Qué parte de esta disminución es intrínseca e inevitable, y por lo tanto entra todavía dentro de nuestra definición de salud, y qué parte es enfermedad, teóricamente prevenible? Para distinguir entre ellas es necesario definir la salud óptima, para cada edad. Una manera de verlo es leyendo los informes de autopsias sobre la gente mayor que muere sin una razón aparente; «se les acaba el combustible» (run out of gas-ROG) y mueren de *viejos*. Los certificados de defunción raramente muestran una causa así de honesta, pero todo patólogo se ha encontrado con este tipo de gente. Son más a menudo mujeres que hombres. Tienen las lesiones habituales de la vejez, arteriosclerosis, atrofia parda del miocardio, y otras semejantes, pero no hay un hecho patológico al que se le pueda adscribir la muerte en ese momento. Mi propia estadística personal, no publicada, fue realizada en el East End de

3. HUXLEY, A. *Brave New World*. London: Chatto and Windus, 1932.

“ Aunque la curva de supervivencia en relación con la edad ha sido en gran medida cuadrada la de la salud en relación con la edad no lo ha sido. ”

Londres, las autopsias se hacían necesariamente, por ser casos de Instrucción Judicial, dándose la circunstancia de que las personas no habían ido al médico durante años, y habían sido encontradas muertas en sus apartamentos. Pero puede que ellas hubiesen tenido en vida una función subóptima, no relacionada con la ausencia de un hecho específico que llevará a acabar con su vida. Puede que no hubieran muerto en buena salud.

Otro enfoque puede obtenerse a través de personas que todos conocemos como individuos, pero que no se han descrito como grupo. Éstos son los afortunados cuyas vidas son inusualmente largas y llenas, que permanecen sanos y activos hasta una edad a la cual la mayoría están relativamente inertes. Se les llama *gerontócratas*. Parecen tener algunas características comunes. Los que consiguen un reconocimiento público son a menudo sorprendentemente creativos, algunos actores y músicos clásicos son a menudo miembros de este grupo, y la creatividad se acompaña muchas veces de una actividad sexual mantenida hasta una edad inusual. También los encontramos entre personas no famosas, pero sin embargo remarcables, en nuestras propias comunidades locales. Ellos se acercan a lo óptimo y deberíamos investigarlos en un intento por descubrir si sus vidas humanas, fuera de lo corriente y vividas en plenitud, podrían hacerse más comunes. Hay evidencia de que podríamos hacer algo para lograr este objetivo mediante el simple ejercicio, tanto físico como mental, sobre la base de «úsalo o piérdelo», y de que las discapacidades de la edad se deben en parte a la inercia voluntaria o impuesta, física y mental.<sup>4</sup> Es posible en teoría, y puede que sea práctico, distinguir entre la disminución de la función que es parte intrínseca del envejecimiento, y la que es separable y prevenible. Puede que confundamos estas categorías y pongamos demasiado énfasis en la primera.

Si se aceptan estas premisas, es posible morir en buena salud. El final de la vida individual es inevitable: la salud, como la función óptima para la edad, puede ser mantenida en teoría hasta su fin. Esto se llama «La plasticidad del envejecimiento»;<sup>5</sup> la eliminación de la morbi-

lidad es probablemente un ideal imposible, pero ésto no significa que no debamos luchar por ello. Fries también lo llama «La contención de la morbilidad», y resume sus creencias como, «la duración de la vida es finita y el principio de una enfermedad crónica se puede fácilmente retrasar».<sup>6</sup> La contención de la morbilidad puede significar que podemos vivir la duración natural de la vida y morir antes de llegar a estar enfermos.

Observando nuestra sociedad, no parece que subjetivamente lo estemos haciendo muy bien. Algunos autores han sido muy optimistas,<sup>7</sup> pero a nosotros no nos preocupa tanto la super exuberancia de algunas personas de 85 años en buena salud, como las enfermedades y discapacidades que percibimos en una mayor proporción durante el envejecimiento y entre los ancianos. Nos sentimos acosados por las voces en conflicto de los que piden un cuidado más activo, y aquellos que ven la mayoría del cuidado que se les administra como inapropiado, irresponsable, despectivo y degradante hacia sus receptores, y además muy caro, ya provenga de fondos públicos como privados. Se nos advierte repetidamente de que los problemas empeorarán, al incrementarse el número relativo y absoluto de ancianos.<sup>8</sup> Las voces de optimismo son menos y más débiles.<sup>9</sup> La forma en que tratamos estos problemas varía entre las sociedades: Gran Bretaña, Canadá y Estados Unidos tienen una visión diferente, pero los problemas en sí mismos son comunes a todos los países desarrollados.

En tiempos de estrés suele ayudar el recurrir a algunos principios fundamentales, y mantenerlos de la manera más sencilla posible. Debería darse prioridad a distinguir las limitaciones inevitables del envejecimiento, de las debidas a una mala salud. Tratar de prevenir, eliminar, o posponer los problemas de salud y definir nuestros sistemas de salud para aceptar y mejorar las limitaciones de la edad, podrían ser los pasos siguientes. La contención de la morbilidad, llegar a cuadrar tanto como sea posible las curvas y aceptar que por más que se cuadren todas deben acabar cerca del mismo punto, es una manera de enfocarlo. No encontraremos ni la Fuente de la Juventud ni la inmortalidad, pero quizás nos convirtamos en una sociedad de *gerontócratas*.

6. FRIES, J. F. «Aging, illness and health policy: Applications of the compression of morbidity». *Perspectives in Biology and Medicine*. 1988; 31: 407-428.

7. Ver nota (6). FRIES. 1988; 31:407-428.

8. SCHNEIDER E. L., GURINAIK, J. M. «The aging of America: Impact on health costs». *Journal of the American Medical Association*. 1990; 263: 2335-2440.

9. FRIES, J. F. «The sunny side of aging» *Journal of the American Medical Association*. 1990; 263: 2354-2355.

4. RECHNITZER, P. A. «Ageing, fitness and morbidity». *Canadian Medical Association Journal*. 1983; 128: 791-792.

5. FRIES, J. F. y CRAPO L. M. *Vitality and Aging*. San Francisco. WH Freeman, 1981: 107.

# LA VEJEZ Y LA MUERTE EN LA SOCIEDAD MODERNA\*

**Moisés Broggi**

Presidente de la Real Academia de Medicina de Barcelona  
y del Institut Borja de Bioètica.

*La vida se ha prolongado en los últimos años gracias a un mejor conocimiento de los engranajes genéticos, metabólicos, vasculares, neurológicos y endocrinos que intervienen en el proceso de la vida humana. Sin embargo la morbilidad sigue siendo progresiva con la edad y muchas veces no queda claro lo que corresponde a la edad o a la enfermedad. El médico mismo tiende a interpretar como degenerativo lo que no deja de ser un proceso patológico normal.*

*El autor invita a la profesión médica a tomar una actitud más realista ante el paciente geriátrico y a extremar el trato humano con estos pacientes sin dejar de valorar todas las posibilidades a su alcance. Y no olvida de hacer unas reflexiones sobre la muerte que ayuden a comprender el valor relativo de las cosas y a poder enfrentarse dignamente a ella.*

Es difícil establecer límites precisos o cronologías exactas en lo que a la vejez se refiere, ya que obedece a motivaciones diferentes, además de que el cuadro es multiforme. Todos sabemos que la vida tiene una evolución cíclica y viene marcada genéticamente con un ritmo propio para cada especie. De tal manera que a un período de crecimiento le sucede otro de actividad reproductora y de plenas facultades, al que sigue fatalmente un período final regido por el signo de la decadencia y la desintegración.

Tanto la vejez como la muerte son temas actualmente muy debatidos en congresos y sociedades públicas y cien-

“Tanto la vejez como la muerte son temas actualmente muy debatidos.”

tíficas, ya que los cambios profundos que se han producido y siguen produciéndose en nuestra sociedad influyen notablemente sobre el trato que se da a la vejez y también en la forma de morir.

Los avances de la medicina han aumentado conside-

rablemente la longevidad, lo que se ha traducido en el gran aumento de la población humana sobre la tierra que todos estamos contemplando, con todos sus problemas y amenazas. Esta amenaza demográfica se ha intentado combatir por medio de la planificación familiar y demás métodos encaminados a limitar la procreación, con lo cual se ha conseguido que la proporción de viejos sea aún más elevada, creándose serios problemas de índole socio-económica.

Por otro lado, las condiciones de vida de las familias en la sociedad actual no son las mismas que eran en las comunidades anteriores, predominantemente agrarias, en las que los viejos desempeñaban un importante papel, no sólo en la vida familiar, sino también social y económica. Ahora, en cambio, la gente en su mayoría tienen sus ocupaciones fuera de las casas en donde queda el viejo jubilado, solo y marginado. Por ello son cada vez más necesarias las residencias en las que puedan ser acogidos, esperando el momento de la muerte, apartados del núcleo familiar en el que transcurrió su vida.

Además de combatir a las enfermedades con eficacia, la ciencia médica ha encontrado la manera de alargar la vida en sus últimos momentos, progreso importante para aquellos casos en los que existe una salida, pero que

“Los avances de la medicina han aumentado considerablemente la longevidad, lo que se ha traducido en el gran aumento de la población humana.”

constituye una mala práctica en aquellos otros irremisiblemente perdidos. Estos mismos avances de la medicina han conseguido combatir el dolor con gran eficacia, logrando casi siempre su supresión, con lo que, en caso de necesidad, un paciente puede ser aletargado hasta su fin; cosa que constituye un indiscutible progreso para casos de muerte lenta, sin solución médica y con un cortejo de angustias y sufrimientos, pero que resulta fatal cuando las motivaciones no son éstas.

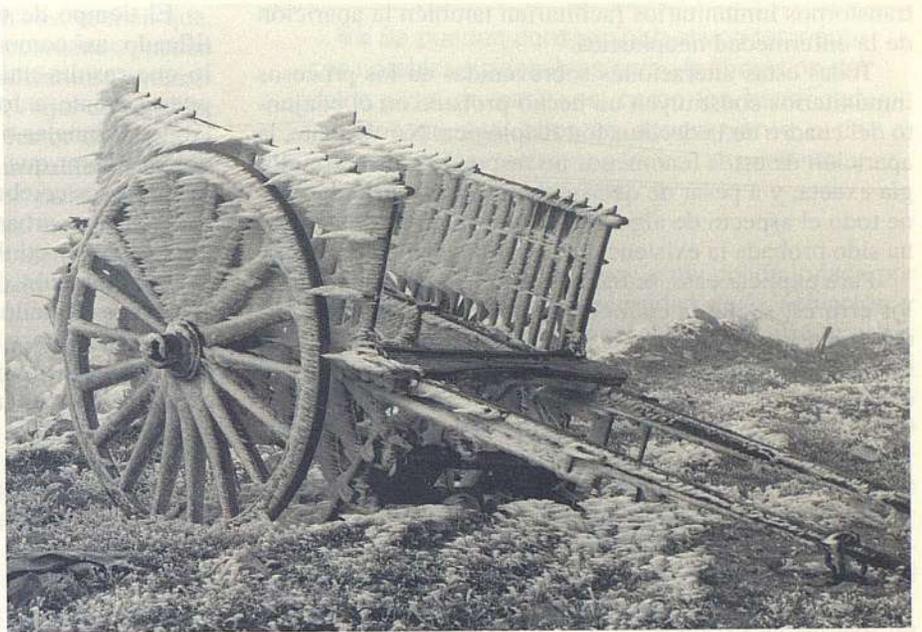
Todas estas circunstancias, que se dan en nuestro tiempo, perturban y alteran aquellas condiciones de tranquila naturalidad en las que tendría que transcurrir las últimas etapas de nuestras vidas.

Por todo ello vemos como los problemas que plantea la vejez en nuestra época son complejos y merecen ser estudiados seriamente.

\* Agradecemos a Folia Humanística y al autor, Dr. MOISÉS BROGGI, su colaboración para publicar este artículo: BROGGI, M. *La vejez y la muerte en la sociedad moderna*. Folia Humanística. 1988, 26 (305): 419-431.

La crisis de la institución familiar y el creciente materialismo, que hace que todo esté supeditado al aspecto económico, considera al viejo jubilado e improductivo una carga difícil de soportar tanto para la familia como para la sociedad.

FOTO JOSEP BALLESTER



Referente a los cambios experimentados por las variantes biológicas en las fases avanzadas de la vida, existen estudios extensos y numerosos pero que no acaban de explicar la verdadera esencia del proceso, si bien se conocen muchos de los cambios que se producen en el organismo. Sobre ello existen diferentes teorías, algunas de las cuales vienen de muy antiguo, como son la del *quantum* vital o impulso vital que nos sería dado al venir al mundo y que se iría manifestando al proporcionar a la vida su variado aspecto, hasta llegar a agotarse y extinguirse, con la vejez y la muerte. Otra explicación es la del cúmulo de sustancias nocivas resultantes del propio metabolismo. Es posible que haya en ello algo de verdad pero, además de no estar científicamente probadas, no lo explican todo. Es interesante consignar que de las lecturas de los numerosos trabajos que existen sobre el tema se deduce que la muerte por la acción única de la edad avanzada es un hecho muy poco frecuente y que muchos de los casos de vejez biológica que vemos en la práctica pertenecen generalmente a lo que podríamos llamar vejez secundaria, resultante de incapacidades o de invalideces debidas a traumas o a enfermedades.

Por todo ello resulta difícil tener datos concretos sobre el verdadero valor de la longevidad humana, incluso los estudios estadísticos nos proporcionan datos confusos sobre esta cuestión, ya que si bien por un lado nos revelan cambios profundos en las expectativas de vida que se han producido en los últimos años —que de principio de siglo al momento actual ha pasado de los 45 a los 70 años en los países desarrollados— por otro lado nos indican que esta gran diferencia que se ha producido en tan poco tiempo, se basa principalmente en una reducción de la mortalidad infantil, más que en una verdadera prolongación de la vida del adulto. Otro lado importante es que en este mismo tiempo la proporción de personas de más de 65 años ha pasado en los EE.UU. del 4 al 12 %, aumento muy a tener en cuenta si se considera que este 12 % representa el 25 % de los gastos y del trabajo de la sani-

dad, según estadísticas americanas del año 1975.<sup>1</sup> A ello tenemos que añadir que está calculado que, de seguir incrementándose dicha proporción, se presentarán cambios epidemiológicos por la entrada en juego de ciertas enfermedades, como la demencia senil, que se incrementarán dramáticamente.

Naturalmente que debemos considerar en un primer lugar el factor tiempo, con el desgaste natural que ejerce el uso sobre todas las cosas materiales y que se traduce en deficiencias funcionales que se presentan en diferentes épocas según los órganos o tejidos y que se van acentuando con el paso de los años. Es evidente que dicho desgaste donde más se manifestará es en aquellas células o tejidos que, por su más elevada diferenciación, carecen de poder reproductivo y no son capaces de regenerar sus pérdidas, lo que implica una idea de límite. Además, parece que las células renovables pierden con el tiempo parte de su capacidad mitótica, si bien no se han hallado experimentalmente suficientes diferencias para explicar con ello la limitación de la vida.

---

“La muerte por la acción única de la edad avanzada es un hecho muy poco frecuente.”

---

Las teorías biológicas más recientes reconocen una base genética que estaría dominada por la idea de la pérdida del poder de información del D.N.A. en lo que se refiere a la formación de enzimas y proteínas propias, con alteraciones en los modelos de construcción y la aparición de fenómenos autoinmunitarios que estarían en la base de gran número de dolencias y perturbaciones. Estos

1. JESSE BARRON, M. D., *Act. del Meeting del Am. Col. of Angiology*, 1975.

trastornos inmunitarios facilitarían también la aparición de la enfermedad neoplásica.<sup>2</sup>

Todas estas alteraciones sobrevenidas en los procesos inmunitarios constituyen un hecho probado en el conjunto del cuadro de la declinación fisiológica. No obstante, la aparición de estos fenómenos no responde a una cronología exacta, y a pesar de que su aparición en el tiempo tiene todo el aspecto de algo genéticamente programado, no ha sido probada la existencia de ningún gen determinante.

Para explicar esto, se ha invocado la llamada teoría de los errores, según la cual el responsable principal de dichos trastornos de la vejez sería el conjunto de errores imprecisos pero inevitables y acumulados en el tiempo, cometidos en la traslación y transcripción en la síntesis del R.N.A., de forma parecida a la actuación de ciertos virus.<sup>3</sup> Experimentalmente se ha demostrado que la formación de radicales libres (mediante radiaciones) incrementa la producción de dichos errores.<sup>4</sup>

Los depósitos de colesterol y otros residuos metabólicos se producen muy a menudo en el curso de los años, y las alteraciones vasculares que de ello resulta, son tan frecuentes en las personas de edad que los síntomas y las señales de la arterioesclerosis se confunden y se imbrican con el cuadro de la vejez, de tal manera que se ha considerado el estado del sistema vascular como uno de los principales determinantes de dichos signos. En efecto, es cierto que las enfermedades cardiovasculares constituyen la causa más importante de muerte en las personas de edad y un factor primordial, pero no el único, en la producción del cuadro de la senectud, pues hay que tener en cuenta que hay personas y especies animales que envejecen sin padecer arterioesclerosis.

Otro punto importante es el referente a las glándulas endocrinas, sobre todo en lo que antaño al tiroides y a las gónadas, que presentan una hipofunción evidente. Sobre ello se han efectuado numerosos estudios, de los que se deduce que no está demostrado que la baja de las hormonas sexuales pueda influir en el síndrome. Y en cuanto al tiroides se ha trabajado sobre la existencia de un factor antitiroideo, pues existen ciertas coincidencias entre el hipotiroidismo y la vejez, si bien ello puede ser puramente coincidente.

En 1970 H. Selye<sup>5</sup> publicó un trabajo sobre la influencia del stress como un factor importante. Ello es cierto, pero se trataría de un mecanismo indirecto, a través de los sistemas endocrino y vascular.

Otros autores se han ocupado de las alteraciones aparecidas en los mecanismos de control de ciertas funciones, cuyos receptores se muestran poco sensibles, como pasa con las células beta del páncreas, la respuesta renal al A.D.H. y la reacción del sistema autónomo a las catecolaminas.

El tiempo de transmisión neuronal se encuentra lentificado, así como el tiempo de transmisión sináptica, de lo que resulta una disminución de la capacidad de respuesta frente a los estímulos, especialmente en condiciones anómalas o de sobrecarga. De todos modos hemos de considerar que algunos de estos fenómenos, así como los procesos cerebrales, de integración y metabólicos pueden estar perturbados por afecciones concomitantes. Esta multiplicidad etiológica origina una marcada confusión en la valoración de los signos, no quedando claro muchas veces aquello que corresponde a la edad o a la enfermedad.

Lo mismo ocurre en la morbilidad por demencia senil, que aumenta casi a escala geométrica con la edad, pasan-

---

“ Resulta difícil tener datos concretos sobre el verdadero valor de la longevidad humana. ”

---

do de un 2,5 a los sesenta a un 20% en la década de los ochenta, según estadísticas efectuadas en Inglaterra por Kay D.W.K. («Epidemiological aspects of organic brain disease in the aged»)<sup>6</sup>. No obstante, el diagnóstico de las enfermedades orgánicas cerebrales no es tan simple como pueda parecer a primera vista, pues hay otros síndromes muy frecuentes que se prestan a confusión, como son las psicosis depresivas, endémicas en los viejos, que suelen ir asociadas con retardos psico-motores, problemas de orientación y afecto y signos vegetativos.

La actitud del médico ante el viejo está marcada generalmente por la idea de que la mayor parte de afecciones que presenta son debidas a procesos degenerativos, irreversibles y no influibles por la terapéutica. Según dicho autor se trata de una falsa idea que no hace más que des-

---

“ El médico debería adoptar una actitud más realista ante el enfermo geriátrico. ”

---

corazonar al médico que debería adoptar una actitud más realista ante el enfermo geriátrico.

Hay que aceptar que una gran parte de trastornos, enfermedades e incapacidades son debidas al amplio grupo de las enfermedades crónicas, que pueden presentarse también en los adultos de todas las edades: circulatorias, artropatías, desnutrición, metabólicas, deficiencias sensoriales, depresiones psíquicas, etc... Dolencias, todas ellas, que pueden prevenirse y ser tratadas o corregir.

Esto quiere decir que una gran parte de los pacientes geriátricos pueden responder a una terapéutica convencional apropiada, tan regularmente como los adultos jóvenes, y que hay que mirar el cuidado y tratamiento de los viejos, no como un ejercicio sin esperanza, sino como una medicina buena y constructiva.

La gran diferencia entre el viejo y el adulto más joven,

---

6. CARL EISDORFER, citado por *Lex and Science 21 ann. meet. Am. Coll. of angiology*, feb., 1975.

2. COMFORT, A., *Basic Research in Gerontology Gerout*, 16, 48, 1970.

3. ORGEL, C. E., «The Maintenance of accuracy of protein synthesis and its relevance to aging», *Pract. Nat. Acad. Scien. Wash.*, 49, 517, 1963.

4. HARMON, D., «Free radical theory of aging», *J. of Gerout*, 23, 476, 1968.

5. SELYE, H., «Stress and aging», *Jour Am. Geriatr Soc.*, 18, 669, 1970.

en lo referente a las enfermedades crónicas, está en que, así como en éste las alteraciones y desórdenes pueden existir durante mucho tiempo sin manifestarse extensiblemente de forma amenazadora, en el viejo, en cambio, se ven agravadas y potenciadas por el factor de desgaste antes citado y además porque, lo más probable, es que se encuentre afectado simultáneamente por varias de dichas afecciones, como confirman todas las estadísticas. Y todos sabemos que el más pequeño accidente basta para hundir en la tumba a un cuerpo debilitado por los años o por otras afecciones.

De todas formas no puede negarse que además de los referidos trastornos crónicos, las personas de edad son víctimas de procesos degenerativos poco sensibles a la terapéutica, que aparecen como propios o específicos de las personas de edad avanzada, si bien estos representan sólo una parte o sector del amplio repertorio de su patología. Y también es cierto que en un tanto por ciento de casos habrá que hacer frente a la realidad de un mal pronóstico y a muy limitadas esperanzas, pero incluso en este grupo, se pueden conseguir objetivos terapéuticos notables y deseables, como son la liberación del dolor y del malestar, así como los beneficios morales resultantes de una labor de acercamiento o de mejora en las relaciones entre el paciente y aquellos que lo cuidan. Lo cual es seguramente la función más elevada que puede cumplir el médico en estos casos.

“ Hay que mirar el cuidado y tratamiento de los viejos, no como un ejercicio sin esperanza, sino como una medicina buena y constructiva. ”

En realidad, la actuación no difiere en lo fundamental a la que hay que adoptar ante los enfermos de las demás edades: procurar curar todas las afecciones posibles y aliviar los sufrimientos en las demás, y cuando se vea el caso como perdido no obstinarse en prolongar la vida inútilmente. Pero aquí, en el caso de la gerontología, más que en ningún otro campo, hay que considerar el papel del médico en sus dos aspectos tradicionales. Por un lado el aspecto científico con los poderosos medios que el mundo actual ofrece al médico, lo que le permite efectuar curaciones que antes se hubiesen juzgado imposibles y practicar laboriosas y difíciles operaciones en pacientes de las más avanzadas edades con brillantes resultados. Ante lo cual es natural que el médico se sienta orgulloso por lo eficaz de su actuación. Pero por otro lado hemos de considerar el trato humano que recibe el viejo, tanto por parte del médico como de la sociedad, y aquí vemos como, a pesar de la considerable importancia que tiene este aspecto, los problemas tienden a agravarse y a complicarse con el progreso de la ciencia y el desarrollo de la sociedad moderna.

Con frecuencia, el médico, absorbido por la difícil y penosa tarea de valorar los datos diagnósticos y terapéuticos y la oportunidad de su aplicación, ignora el aspecto personal y humano y no comprende las frustraciones y

“ Se pueden conseguir objetivos terapéuticos notables y deseables como la liberación del dolor y del malestar, así como los beneficios morales de una labor de acercamiento o de mejora en las relaciones entre el paciente y aquellos que lo cuidan. ”

resentimientos del anciano, pues actúa condicionado por sus experiencias sobre la afectividad de la actuación y por la propia estima profesional. Con todo ello, muchas veces no está dispuesto a aceptar que el trato con el paciente anciano presente problemas previstos y puede reaccionar con impaciencia cuando ve que los servicios por los que ha sido requerido no dependen de sus conocimientos, sino de otros métodos que no son los de la ciencia. También puede sentirse frustrado por la incapacidad del paciente para seguir sus normas y prescripciones, cosa que puede ser debida a factores dependientes del control del mismo paciente o de su familia.

Hay que reconocer que los ancianos constituyen un grupo difícil para el médico, pero que proporciona motivos de satisfacción cuando responden favorablemente a las medidas terapéuticas y a intervenciones difíciles. No obstante, lo que debe producirle más satisfacción es cuando, con un mínimo gasto de tiempo y de energía, sólo con una simple actitud de amabilidad, comprensión y paciencia puede conseguir un gran resultado en el ánimo del paciente y abrir una vía amplia de bienestar y esperanza. Esto es quizá lo más elevado que puede realizar un médico en estos casos y, además, por un precio mínimo.

El médico debe considerar también el contexto psicológico y social para formarse un criterio y evaluar un tratamiento, ya que, además de considerar los fallos orgánicos, ha de tener en cuenta también las condiciones del entorno, el lugar de residencia y el nivel económico. No porque tenga que desempeñar un papel de psicólogo, sino porque la información obtenida de esta historia social puede ser básica para plantear un plan de tratamiento, tanto o más que los datos obtenidos del examen físico o de los dictámenes del laboratorio. Porque, tal como hemos dicho anteriormente, de los dos aspectos de la medicina —el científico y el humano— es el segundo el que en el trato con el anciano adquiere la máxima importancia, y es éste precisamente el que en la sociedad moderna está más postergado. Cuanto mayores han sido los progresos alcanzados en el tratamiento de las enfermedades, más nos hemos apartado de aquel trato de atención y de afecto, o cuando menos de respeto, que es lo que más se necesita en los últimos años de la vida.

A esta situación nos ha llevado la evolución de la sociedad, con la crisis de la institución familiar y el creciente materialismo que constituye, indiscutiblemente, el signo más genuino de nuestra época, y que hace que todo quede supeditado al aspecto económico. Conscientemente y desde este punto de vista, el viejo jubilado e improductivo representa una carga difícil de soportar, tanto para la familia como para la sociedad. A medida que pasan los años y se alarga la vida, van acumulándose las

---

“La falta de amor es el gran drama de la vejez de nuestra época.”

---

deficiencias y las invalideces y haciéndose cada vez más gravoso su cuidado y mantenimiento, con lo que la familia, por buena que sea su voluntad y deseo, no puede ocuparse del anciano debidamente. La sociedad puede ofrecerle importantes residencias y costosas instalaciones que proporcionen todas las atenciones materiales necesarias que sus achaques y alteraciones orgánicas requieran, pero no puede darle aquella intimidad familiar y amoroso afecto, que es lo que más necesita. Todas aquellas personas que lo rodean, excelentes sanitarios y perfectos conocedores de la patología geriátrica, que pueden resolverle todas las afecciones tratables, generalmente se apartan del paciente cuando la muerte se aproxima, unos por miedo al fracaso terapéutico y otros a causa de las propias dudas o angustias sugeridas por el hecho de la muerte.

Con todo esto, el anciano tiene la sensación de soledad y de falta de protección, aún en el supuesto de que no le falte ninguna ayuda ni cuidado material, y cae fácilmente en el abismo de la depresión y el desespero. La falta de amor es el gran drama de la vejez en nuestra época.

Naturalmente que estas situaciones no son exclusivas de ahora. Lo que pasa es que, así como antes lo normal era que el viejo viviese con cariñoso respeto dentro de la familia, de una familia multigeneracional, tanto por afecto como por cumplimiento de antiguas costumbres y normas éticas muy arraigadas, ahora en cambio, esto no se cumple, o no puede cumplirse, y lo que antes era normativo y habitual, ahora se ha convertido en difícil y excepcional.

Cada vez con más frecuencia, el viejo se ve obligado a pasar sus últimos años recluido en instituciones asis-

---

“Cada vez con más frecuencia, el viejo se ve obligado a pasar sus últimos años recluido en instituciones asistenciales.”

---

tenciales donde es cierto que pueden aplicarle métodos que quizá prolonguen la vida. Pero cuando llega el momento en que fallan dichos métodos y se da el caso como perdido, entonces, aquellos especialistas que con tanta competencia le habían tratado, consideran que su misión ha terminado, pues los métodos de la ciencia han de dar paso a otros, de tipo psíquico y mental, que no les atañe. Es cierto que la misión del personal sanitario es la de conservar la vida, pero esto, después de un cierto límite, resulta en detrimento de aquella vertiente psíquica y humana a la que antes nos hemos referido y que tanta importancia tiene para aquellos que se encuentran en las etapas finales.

La atención material excesiva no ayuda a la buena muerte, ya que no conduce a nada positivo y es origen de perturbaciones e incomodidades, en un momento en que lo más necesario sería crear un ambiente de paz y de serena tranquilidad que predispusiera a la meditación y al desprendimiento.

Hemos de señalar aquí la importancia primordial que tiene en estos momentos finales la ayuda de la religión, que establece unas normas, da explicaciones y señala un camino a todo aquel que tiene fe en sus principios. Antiguamente, muchos de aquellos que no disponían del amparo de un medio familiar adecuado acudían también a los hospitales, cuyo objetivo más bien que el de curar a las enfermedades, era el de acoger y preparar debidamente a los que iban a morir. Estos pacientes acudían en busca de la *buena muerte*, pues era grande la fe de la gente y necesitaban morir al amparo de la religión.

Desgraciadamente, este camino es cada vez más difícil de hallar, dado el carácter de nuestra sociedad, que nos

---

“La atención material excesiva no ayuda a la buena muerte.”

---

ha conducido a una crisis profunda del sentido religioso y nos ha apartado de toda espiritualidad. Cuanto mayores han sido los éxitos alcanzados en el campo material, mayor ha sido también el olvido y abandono de aquellos valores espirituales sin los cuales la vida carece de sentido. Además de que dicho materialismo dominante incrementa las angustias y temores, ya que desde un punto de vista material, la muerte representa la desaparición total, cosa difícil de aceptar sin sentirse completamente defraudado ante un hecho como éste, inexorable, que debería ser aceptado con la más perfecta naturalidad; sólo la religión puede atenuar dicha insoportable sensación de aniquilación total, al referirse a una vida futura libre de la materia, con todas sus angustias y sufrimientos.

Este aspecto es especialmente relevante en el caso del cristianismo, ya que cuenta con el ejemplo modélico de la muerte de su fundador, que aceptó las máximas penas y sufrimientos con tal de mantenerse fiel a una idea que trasciende a más allá de la muerte. Además que la práctica de su doctrina implica la meditación sobre los hechos, los sentimientos y los detalles de la pasión, lo que equivale a familiarizarse con dichos pensamientos, de tal manera que después, al sobrevenir la propia muerte, llega como un hecho natural perfectamente aceptado. Creemos que este aspecto educativo del cristianismo es de suma importancia desde nuestro punto de vista.

Es importante no dejar de reflexionar sobre el hecho de la muerte, ya que ello influye, por un lado sobre nuestra conducta en el curso de la vida, haciéndonos comprender en cada momento el valor relativo de todas las cosas, incluso el de aquellas que más nos atraen, y por otro constituye la mejor preparación para tomar una actitud reflexiva y serena en aquel momento que se pierde la esperanza en la propia supervivencia.

Mozart, en una carta dirigida a su padre, se refiere a ello, y nos dice: «Que gracias a haber reflexionado sobre ella, ha llegado al convencimiento de que cuando llegue la hora en que vea que se le aproxima, podrá recibirla como a una antigua amiga, esperada y deseada.» Éste es, evidentemente, el camino de enfrentarse dignamente, sin sentirse agobiado por su presencia, cosa que en nuestra sociedad no está prevista ni debidamente cultivada.

Antes al contrario, en nuestro mundo existe una marcada falta de interés por todo aquello que no tenga una finalidad práctica de beneficio a corto plazo o de bienestar físico, y por ello no es de extrañar que el tema de la muerte sea marginado, como si no formase parte de nuestro mundo. La sociedad actual rechaza la muerte porque la teme profundamente, ya que representa la negación de sus principales motivaciones, y por ello intenta ignorarla o banalizarla, ocultándola con el silencio del miedo. Esta falta general de preparación, tiene una influencia innegable en la forma de morir en nuestra época.

Es evidente que al hecho de la muerte en si no hay nada que pueda restarle ni un punto de su grandiosidad impresionante, tanto si tiene lugar en las circunstancias más solemnes como en las más deplorables, ya que su mensaje es precisamente el de mostrarnos que todas estas circunstancias no son más que falsas ilusiones. Lo que sí puede restarle dignidad es un comportamiento de exagerado egoísmo, como es el caso del avaro que muere abrazado a sus caudales, o el del hombre importante que sólo piensa en su jerarquía y en los honores que se le deben, invocando a todas las ayudas para prolongar los minutos que le quedan.

Otro factor a considerar es la intimidad, difícil de conseguir en los modernos hospitales por constituir un mundo completamente alieno. Violar esta intimidad, como tantas veces se ha hecho, sobre todo en casos de personajes conocidos, revelando detalles de su desmoronamiento físico, mediante una publicidad sensacionalista, constituye un agravio imperdonable, un verdadero atentado a la propia dignidad de la muerte.

Es evidente también que los casos expuestos se apartan de lo que podría considerarse como *muerte ejemplar*, que debería transcurrir con la máxima naturalidad y aceptación. Tal fue sin duda la muerte de Sócrates que, como es sabido, tuvo lugar en la cárcel, rodeado por sus discípulos, y exponiendo sus ideas. Y que cuando se presentaron aquellos que le ofrecían la evasión, no les quiso seguir, porque creyó que con su sacrificio enseñaba a los hombres a no tenerle miedo, ni a ella ni a las penas y sufrimientos de esta vida. Actitud que implica una renuncia de sí mismo, lo que constituye indudablemente el gran secreto de la dignidad, no sólo de la muerte, sino que también de todos los actos de la vida.

La vejez conlleva muchas veces una cierta ofuscación del sentido de la individualidad, de este YO opuesto a todo lo demás, lo cual repercute suavizando el acontecimiento del tránsito, como si fuera deslizándose por una suave pendiente. También hay que contar en las edades avanzadas con el natural amortiguamiento de los grandes alicientes materiales de la vida, así como la consecuencia de la falacidad de todo lo vivido, lo cual ayuda mucho a aceptar la muerte como un hecho biológico normal; recordemos que meditar sobre la muerte es meditar sobre la falacia de cuanto nos liga a la vida. «Cuán dulce es haber experimentado todos los placeres y concupiscencias y comprobado el engaño que encierran», como nos dice Séneca en una de sus famosas cartas.

El modelo a escoger sería el de morir lo más de acuerdo posible con la naturaleza, a ser posible en el ambiente habitual y acompañado por los seres más allegados y

queridos y no en medio de complicados y odiosos aparatos con un personal frío y distante, pues es indudable que el afecto establece lazos de comunicación sin necesidad de palabras de tal manera que de esta forma la muerte se nos aparece, más que como una terminación, como una transferencia de vida. Como si la vida del que parte pudiera comunicarse a aquellos que permanecen, o que algo de ellos pudiera acompañarle al más allá.

Hablando de estas cuestiones con el amigo Alberto Folch, me contaba el caso vivido por él, del soldado herido de muerte que, al ser preguntado sobre lo que más deseaba en aquel momento, respondió, plenamente consciente de su estado, que lo que más prefería era morir acompañado por *la sonanta*, que le había hecho pasar los mejores ratos de su vida. Los que le rodeaban no sabían lo que era la *sonanta*, pero uno de su grupo se acercó seguidamente con una guitarra y empezó a tocar una melódica tonada, bajo cuyo influjo desapareció toda la agitación que presentaba y entró en un estado de dulce tranquilidad, en el que murió insensiblemente. He aquí un ejemplo de *buena muerte* fácilmente conseguida con una simple guitarra, instrumento que siempre le había acompañado y cuyos acordes le evocaban horas felices pasadas.

Todo esto, tan sencillo, es lo más eficiente y era hasta nuestros días lo más fácil de conseguir. En efecto, ¿qué cosa ha habido hasta ahora más simple y corriente que el que la gente murieran en sus casas rodeados por los suyos, y estrechando una mano amiga? No obstante, esto se ha hecho cada vez más difícil. La misma presencia de los familiares no suele estar permitida en los modernos hospitales, ni ello encaja con su funcionamiento. Un hecho importante a consignar, es el haber conseguido en nuestro tiempo combatir con éxito el dolor y muchos sufrimientos con los medios farmacológicos y terapéuticos. Y de la misma manera que se han controlado los dolores del parto, se ha hecho posible liberar a la muerte de su temible cortejo de sufrimientos y dolores, como si se entrase en un sueño, con lo que se ha llegado a conseguir la muerte pura y simple, desligada de todo lo demás, de todos aquellos acompañamientos que la hacen más temible e indeseable.

---

“Cuanto mayores han sido los éxitos alcanzados en el campo material, mayor ha sido también el olvido y abandono de aquellos valores espirituales sin los cuales la vida carece de sentido.”

---

Con la aplicación de dichos medios proporcionados por la ciencia hemos alcanzado un gran objetivo en el sentido de la muerte dulce y tranquila, que podríamos considerar como ideal de la *buena muerte*. Y si bien es verdad que esta forma incluida de morir puede acortar la vida, ello no tiene más que ventajas en aquellos casos de agonías largas y penosas, sin posibilidad de curación; con lo cual entramos en el terreno de la eutanasia, que tal como lo hemos mostrado, representa un progreso indiscutible en el sentido de la *buena muerte*.

No obstante, hemos de tener en cuenta que la eutanasia, sin restarle nada de sus evidentes e indiscutibles ventajas, no es un hecho natural y, como todas las creaciones humanas, presenta dos caras o aspectos diferentes según la aplicación o empleo que de ella se haga, hasta el punto de que su mal uso puede convertirla fácilmente en un procedimiento de liquidación o exterminio.

En principio hemos hablado de casos terminales sin esperanza, pero incluso en éstos, la cosa no es tan simple como parece, pues hay que tener en cuenta la valoración de las posibilidades de supervivencia, lo cual atañe al criterio del médico que, naturalmente, no es infalible. No obstante, los grandes problemas aparecen cuando se proyecta aplicarla a otras situaciones, como son los estados demenciales irreversibles, o a los suicidas, proporcionándoles ayuda eutanásica y sobre todo cuando —extendiendo aún más sus indicaciones— se pasa del enfermo terminal al incurable o, como se ha dicho en diferentes ocasiones, se puede pasar fácilmente a la eutanasia colectiva tal como se ha visto en épocas recientes de nuestra historia, o incluso a considerar las motivaciones económicas, por cuya vía se podría llegar a encontrar una solución expeditiva a los grandes problemas deficitarios de la seguridad social.

¿Cómo es posible prever o evitar tan graves desviaciones?

¿Quién tendrá derecho a practicar la eutanasia y en qué condiciones podrá hacerlo?

¿Qué es mejor, establecer reglamentaciones y una jurisprudencia muy estrictas, o bien condenarla por principio y considerar las circunstancias específicas de cada caso?

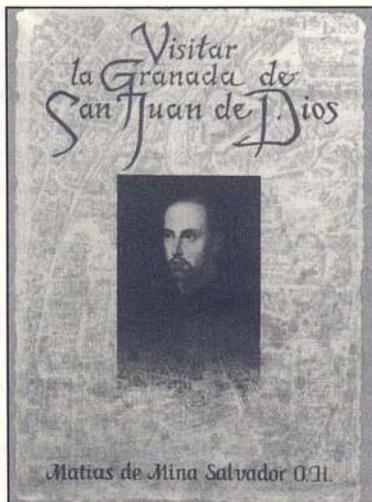
He aquí unas preguntas que se refieren a graves problemas, que se están planteando en el momento presente, y que deberían ser debidamente contestadas.

Hemos de tener presente que en nuestra sociedad existen graves problemas referentes al trato ofrecido a la ancianidad y a la forma de morir. El progreso de la ciencia y de la técnica han prolongado la vida y aumentado considerablemente el número de ancianos. Hay que reconocer que el avance ha sido considerable en este sentido, pero hay que reconocer también que un avance paralelo en el sentido de proporcionar a esta población una vida con más alicientes y menos tristezas no ha sido realizado.

Por otra parte, la sociedad moderna nos ofrece también una muerte desprovista de dolores y nos abre las puertas de la eutanasia, con todos los problemas y peligros que su uso implica. Hay que hacer frente a todo esto con la máxima atención, ya que los hechos se producen y se suceden mucho más rápidamente que nuestras previsiones y es necesario que sean debidamente enjuiciados.

### **Novedad Bibliográfica**

## **VISITAR LA GRANADA de San Juan de Dios**



Nuestro querido hermano Matías de Mina, de todos conocido por su gran pasión investigadora de las cosas y los hechos de Juan de Dios, ha rastreado desde el primer día las huellas de San Juan de Dios en Granada. Lo cierto es que no hay rincón de la ciudad que le resulte extraño: archivos, bibliotecas, calles y edificios granadinos que han sido el escenario de su búsqueda tras la pista del Fundador de la Orden Hospitalaria.

Y es esto lo que nos describe en este nuevo libro *Visitar la Granada de San Juan de Dios*: las andanzas de Juan Ciudad en los lugares expresos donde ocurrieron y fue visto en sus quehaceres con los pobres y enfermos o pidiendo limosna.

Con este libro se pretende que quienes lleguen a Granada movidos por la devoción al Santo encuentren unas acotaciones que les ayuden a seguirlos con firmeza histórica a la vez que, incluso por sí mismos, puedan orientar a otros a conocer los actos y parajes.

La primordial finalidad de este libro es alentar al devoto peregrino juandediano que quiera conocer los lugares donde ocurrieron las cosas pero, sobre todo, desea y anhela llevar a su consideración y afecto el significado, la ejemplar trascendencia de esas mismas cosas y hechos que aún hoy hablan de la caridad y entrega del Santo al servicio de los enfermos y marginados.

FUNDACIÓN JUAN CIUDAD - EDITORIAL COMARES GRANADA

# IMPLICACIONES DEL CUIDADO DE UN FAMILIAR ANCIANO\*

Mark J. Yaffe

Jefe del Servicio de Medicina Familiar del St. Mary's Hospital Center (Montreal).

*Muchas veces la carga que representa el cuidado de los ancianos recae sobre sus hijos adultos, quienes a su vez se hallan estresados por las tensiones propias de la mediana edad. Estas personas frecuentemente no están preparadas para el papel de sanitario, el cual les transforma en padres de sus propios padres. El autor describe los trastornos que pueden acaecer y el por qué. El médico debe reconocer y tratar sentimientos negativos tales como el resentimiento, indignación, frustración, ambivalencia, culpabilidad y desmoralización, que pueden surgir en los hijos adultos al cuidado de sus padres. Estas emociones deben situarse en su propio contexto si se quiere mantener tanto la salud física y mental de los responsables de los cuidados como el soporte vital que ellos suministran a sus padres-ancianos.*

*El reto del cuidado de padres ancianos, familiares o amigos no es nada nuevo, pero puede resultar más y más complejo. El énfasis actual en el cuidado de los ancianos a domicilio requerirá que los médicos aprendan acerca de los efectos que dichos cuidados ocasionan al sanitario y a cambiar sus patrones de conducta. Los que cuidan de los ancianos muchas veces son sus hijos de mediana edad, los cuales a su vez se hallan bajo la tensión de cómo se solucionan sus propios problemas surgidos por tan extraordinaria experiencia y sus retos. Estas personas pueden necesitar ayuda de los médicos durante la visita al anciano o para ellos mismos, en urgencias o por teléfono. Parece que el comienzo de estas interacciones sigue la tabla de taxonomía de Mc Whinney en la relación médico-paciente (Tabla I).*

*Aunque los estudios específicos sobre la ayuda familiar a los ancianos provienen de disciplinas tales como la sociología, psicología, asistencia social y recientemente geriatría hay una escasez de material sobre medicina familiar y otros cuidados de atención primaria. En este trabajo se repasa lo que se le exige al sanitario, los orígenes de dichas tensiones, maneras posibles de tratarlas, y formas de ayuda que el médico puede aportar.*

## CASOS CLÍNICOS ILUSTRATIVOS

### Caso I

La Sra. A. es una mujer de 69 años casada, cuya madre de 92 años ha vivido con ella y su marido durante 20 años. La dedicación de la Sra. A. en el cuidado de su madre es irreprochable, pero ella y su marido rara vez están solos. Aunque la madre es incontinente de orina y heces, la Sra. A. ha podido quedársela en casa gracias a

TABLA I

### Taxonomía en la relación médico-paciente

Manera cómo aparece con el paciente	Razón del contacto inicial
— Límite de tolerancia.	— Molestias, dolor, limitaciones.
— Límite de ansiedad.	— Ansiedad acerca del alcance del síntoma.
— Problemas trascendentales de la vida.	— Síntoma menor, utilizado para establecer una relación de ayuda y a encontrar alivio en la tensión emocional.
— Administrativa.	— Formularios (ejem. examen físico por razones de seguros).
— No enfermedad.	— Examen físico rutinario.

la ayuda externa pero sobre todo dado su sentido del deber. La madre exige a su familia una gran demanda emocional, de tiempo y económica; y la Sra. A. se siente culpable de no poder satisfacer lo que su madre pide. El marido de la Sra. A. estuvo enfermo y en un momento de resentimiento le comentó a su mujer: ¡qué ironía sería que él muriera antes que su suegra! Comprensiblemente *estresada*, la Sra. A. se presenta a su médico con taquicardia, aumento de asma, temores ocultos de alguna enfermedad sin diagnosticar y un gran sentido de culpabilidad de no ser capaz de satisfacer las necesidades de su madre, su marido y ella misma.

### Caso II

La Sra. B. de 63 años, tiene una madre de 89 años que vive en su apartamento con la ayuda de un sanitario a sueldo, pero la Sra. B. está resentida con su madre por la carga emocional que le representa. Este resentimiento surge porque se da cuenta que su madre la priva de cierta libertad que ella esperaba tener cuando sus hijos fueran mayores y estuviesen casados, al mismo tiempo se da cuenta que no ha cambiado nada en la relación madre-hija: la madre trata a la Sra. B. de la misma manera dominante que cuando las dos eran mucho más jóvenes. La Sra. B. lleva sus frustraciones acumuladas a su médico en

\* Agradecemos al Dr. MARK YAFFE y a Canadian Medical Association Journal su colaboración al permitirnos traducir y publicar este artículo: YAFFE, MARK J. *Implications of caring for an aging parent.* CMAJ. 1988; 138:231-235.

el contexto de una serie de visitas por leves dolores de los músculos del esqueleto.

### Caso III

La Sra. C. de 59 años ha vivido durante muchos años en un apartamento situado debajo del de su madre de 86 años. La Sra. anciana tiene su movilidad limitada y no puede andar más de unos metros sin ayuda; también tiene síntomas de depresión crónica y ocasionalmente ideas paranoicas. La Sra. C. está constantemente a la escucha de los movimientos de su madre en el piso de arriba, incluso de sus idas al cuarto de baño por la noche. Dice que tiene un 6.º sentido conectado a los ruidos de la habitación de arriba. Existe un moderado resentimiento hacia su madre, y el cansancio del cuidado continuo de una persona anciana empieza a aparecer. La Sra. C. se está cansando de su responsabilidad, y le gustaría coger las vacaciones que nunca pudo tener. No va al médico, en lugar de ello aguanta sus tensiones hasta que llegan al punto álgido y entonces hace llamadas urgentes de crisis a su médico.

### RELACIÓN PADRE-HIJO

No es raro que una persona de mediana edad cuide de unos padres ancianos u otro familiar, pero un mito Norte Americano usual dice que los hijos adultos no se ocupan de sus padres mayores. El origen de este mito no se halla bien definido. Puede provenir de la profusión de profesionales e instituciones del cuidado de la salud. Puede venir de los sanitarios que piensan que la atención que dan a sus padres o familiares es inapropiada e inadecuada. Finalmente, el mito puede surgir de la dificultad de asumir el rol de padre de su propio padre. La relación padre-hijo no acaba en la infancia, y muchos hijos se apegan psicológicamente a sus padres durante toda su vida. Los padres continúan siendo la referencia de sus hijos, incluso cuando los hijos llegan a edad adulta y algunas veces esta relación sigue hasta después de la muerte. Esta asociación, en términos psicológicos, puede representar una persistencia o un redespertar del amor temprano que un niño tiene por sus padres. Una interpretación evolucionista ve esta relación como un proceso determinado biológica u hormonalmente, quizás desarrollado para la preservación de la especie.

### FACTORES QUE INFLUENCIAN EL VÍNCULO PADRE-HIJO

El proceso por el cual un hijo sigue relacionándose con el padre con distinta intensidad se denomina cariño. Éste representa el vínculo emocional o afectivo entre dos personas, el proceso de estar enamorado de, o identificado con, o el deseo de estar con otra persona. Incluye un plan de contactos para asegurar la proximidad física y psicológica, la cual puede llegar a través de visitas personales, llamadas telefónicas, cartas, etc.

La responsabilidad filial, o el grado de compromiso

que los hijos mantienen respecto a sus padres ancianos puede fomentar el afecto o un sentido de mutuo agrado, la interdependencia y el mutuo darse, ingredientes esenciales en cualquier relación significativa. Esto puede a su vez promover una comunicación positiva entre padre e hijo ya que la comunicación depende no sólo de la proximidad geográfica sino también del afecto, consenso, abertura y disfrute de la compañía mutua. Por el contrario, cuando existe una historia de conflictos, aborrecimientos, discusiones o alienación, el hijo puede que no se halle muy dispuesto a ayudar a su padre anciano. Del mismo modo, que la responsabilidad filial puede que no sea congruente con la deseada (las actitudes de los padres ancianos acerca del rol que consideran que sus hijos adultos deberían desempeñar en sus vidas). Esta incongruencia puede dar como resultado una falta de comunicación familiar, como consecuencia de una deficiente relación y problemas en la salud psicológica del anciano.

### CARACTERÍSTICAS DE LOS SANITARIOS

Las mujeres llevan el peso fuerte en el cuidado de los ancianos. Entre los años 1950 y 1980 la proporción de mujeres entre los 45 y 54 años al cuidado de familiares ancianos aumentó de un 38 % a un 60 %; las cifras correspondientes para mujeres entre 55 y 64 años eran de 27 % y 42 %. El asistente sanitario femenino puede ser una hija, nuera, o no tan a menudo, una familiar soltera, como una sobrina. Los hombres casados tienden a mantener el vínculo con sus padres a través de sus esposas. Cuando las familias son jóvenes y las mujeres están preocupadas con el cuidado de un niño pequeño, el hombre puede jugar un papel más importante en el cuidado de sus padres ancianos. Sin embargo, cuando los hijos crecen, las mujeres cambian su atención de los hijos a los padres ancianos. Los hombres solteros tienden a coger alguna persona para el cuidado de sus ancianos.

Parece que hay muchas razones para explicar el papel que juegan las mujeres en el cuidado de los ancianos. Aunque la tendencia de la sociedad puede que haya cambiado promoviendo una responsabilidad más igualitaria entre hombres y mujeres, la diferencia en el porcentaje de mortalidad seguramente continuará otorgando un mayor rol a las mujeres: porque los hombres mueren a una edad más joven que las mujeres; algunas viudas de mediana edad reemplazarán a las solteras tradicionales y asumirán un mayor papel en el cuidado de los padres y familiares ancianos.

La clase de cuidados también depende del género. Las mujeres generalmente suelen verse envueltas en las tareas domésticas, mientras los hombres se ocupan de los negocios y de los arreglos y conservación de la casa.

Para sacar tiempo para el cuidado de los ancianos, las mujeres han disminuido su tiempo de ocio y relegado las tareas de la casa. En U.S.A. en 1979, el 60 % de las mujeres entre 35 y 54 años trabajaban fuera de casa. Sin embargo la responsabilidad de las tareas caseras no ha cambiado esencialmente. Más bien las mujeres han aumentado el número de horas de trabajo para compensar el aumento de demanda. La mujer se ha convertido así en

lo que Brody llama la «mujer en el centro» o la *super mujer*; una trabajadora fuera de casa, una criada, una esposa, una madre y a veces una abuela. Esto ocurre al mismo tiempo que se da cuenta de su propio envejecimiento y de los trastornos propios de la madurez.

### PAPEL DE LOS SANITARIOS PARA AYUDAR A MANTENERSE EN FORMA

El mejor pronóstico de bienestar para los ancianos es la salud. Por lo tanto el sanitario tiene que jugar el papel de estimular la movilidad, la actividad social, el uso apropiado de las medicinas e intervenciones para prevenir nuevos problemas o el deterioro de los ya existentes. En momentos críticos (a menudo a la sospecha de una posible enfermedad de un familiar), los hijos adultos suelen aumentar la relación con sus padres ancianos para controlar el proceso de envejecimiento y decidir en qué áreas puede ser necesaria la ayuda (ej. preparación de alimentos, compras, cuidado personal: baño, vestirse, uso del cuarto de baño, lavandería, asuntos económicos, desplazamientos, tareas ligeras, como el lavado de platos y la eliminación de basuras, y otras más arduas como la limpieza doméstica).

El anciano también puede necesitar ayuda para amoldarse a sus condiciones físicas. El rechazo a trasladarse o a utilizar los servicios de una residencia puede reflejar la necesidad de conservar su independencia o de seguir manteniendo lo familiar. Esto puede dar lugar a que el hijo deba tomar el peso de una decisión más realista. Una decisión tomada en contra de la decisión de su padre y de mala gana puede dejar al hijo con una sensación de culpabilidad. La preocupación por el quehacer diario de los padres puede dejar al hijo con poco tiempo para ocuparse de las necesidades emocionales de sus padres.

### PROBLEMAS EMOCIONALES DE LOS ANCIANOS

Las alteraciones emocionales que los ancianos sufren al envejecer cargan sobre sus hijos de uno u otro modo. El padre puede presentar un comportamiento de tristeza, tozudez, miedo, ansiedad, soledad, incapacidad o desespero. El hijo, sin embargo, puede que tenga dificultad en explicar el origen de dichas emociones. Puede por ejemplo no ser evidente que la tozudez refleja un intento por conservar algo familiar, más que un deseo de dificultar la situación. Del mismo modo que no está claro que el aislamiento o la negativa sea un mecanismo psicológico de defensa contra el dolor ante una pérdida: esposo, amigo, animal doméstico, trabajo, rol social, amor propio, independencia, una función del cuerpo, o incluso el poder conducir un coche. Los sentimientos generalizados de fracaso pueden tener como centro un acontecimiento específico pero remoto. Un comportamiento inusual o inesperado ante dichos fracasos puede hacer que de pronto los hijos consideren erróneamente que su padre está *senil*. El hijo de mediana edad se esfuerza en consolar y

reconfortar al padre, al mismo tiempo que lucha contra sus propios sentimientos negativos generados por las discordancias con sus padres.

### EFFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN EL ROL FAMILIAR

La dinámica familiar puede verse afectada por el envejecimiento de los padres. En algunas familias existe una redefinición de las tareas, funciones y responsabilidades a medida que las circunstancias van cambiando. En otras, los comportamientos pueden volverse más radicales como en el segundo caso ilustrativo. Ciertamente, el «Baltimore Longitudinal Study» sobre los ancianos descubrió que en un envejecimiento sano, la adaptación a cada edad está muy influenciada por la personalidad. Además, la personalidad de la gente sana parece ser constante durante su vida adulta. El padre que intenta controlar, dominar, prevenir, aconsejar sin ser preguntado o interferir en el matrimonio de un hijo, puede que en la vejez continúe o acentúe dicho comportamiento. El padre dependiente puede que continúe siendo dependiente. Contrariamente, con la llegada de la enfermedad, los rasgos personales pueden ser menos constantes, y su comportamiento puede ser distinto o impredecible. El fallo del hijo mayor en anticiparse o comprender dicha dinámica puede provocar el conflicto familiar y dificultades en su función de *sanitario*.

### CAMBIOS EN LA VIDA SOCIAL

Los intentos que hacen los hijos mayores para que sus padres tengan una vida social más intensa pueden hallar cierta resistencia. Este rechazo puede ser debido a una falta de objetivo social, el cual puede hacerse más evidente si las actividades anteriores al retiro eran ya limitadas. La poca actividad social también puede ser debida a una disminución del movimiento de las extremidades, disminución en la visión, oído o pérdida de una apariencia agradable o a una baja estima de si mismo. Para estimular la convivencia social el hijo puede telefonar a menudo o visitar al padre pero puede que al tener poco que hablar encuentre estos contactos pesados. Una respuesta así puede significar que el acompañante no se da cuenta del valor de la simple presencia física.

### AYUDA ECONÓMICA A LOS ANCIANOS

El sanitario puede verse involucrado en problemas financieros del anciano. Debe reconocerse la disminución de la estima personal de los mayores, secundaria a unos recursos económicos inadecuados. Si un hijo adulto ofrece dinero al padre y se lo rechaza, el hijo puede sentirse herido o enfadado. Por otro lado, cuando la ayuda financiera es aceptada puede suceder que el dinero utilizado sea el que el cuidador se estuviese guardando para sus propios *años dorados*. Algunos hijos adultos pueden experimentar rabia, resentimiento o culpa cuando ven

que una posible herencia desaparece en el cuidado de un padre anciano. Finalmente, algunos hijos pueden culpar a la sociedad de no proveer una mayor asistencia económica a sus padres.

## PROBLEMAS EMOCIONALES Y MÉDICOS DE LOS CUIDADORES

El papel del hijo adulto como *cuidador* puede acarrearle una serie de sentimientos de duda e incomodidad.

- Falta de preparación para asumir esta función, con un sentimiento asociado de incapacidad y ambivalencia.
- Indecisión para reconocer un problema con el padre, sea físico, emocional o social.
- Sentimientos de una sobredependencia de los padres, en términos tanto de tiempo como de emoción, contrapuestos por un sentido de culpa y de no hacer lo suficiente.
- Resentimiento ante la posible pérdida de libertad en la mediana edad.
- Enfados con los hermanos por no asumir la misma responsabilidad en el cuidado de los padres.
- Frustración y desmoralización ocasionada por la difícil y pesada comunicación con la compleja cadena de médicos, enfermeras, asistente social, trabajadores de la comunidad y familiares.
- Un mayor temor a su propio envejecimiento, mortalidad, enfermedad o invalidez. Ciertamente aunque el cuidado de los ancianos o enfermos crónicos puede tener como resultado una mayor satisfacción personal en el auxiliar que en los grupos de control, también existe un nivel más alto de depresiones y de colapso emocional, un menor grado de satisfacción en la vida, una menor percepción de su propia salud, limitaciones de la fuerza física, mayor uso de medicamentos y mayor uso de servicios médicos.

Las tensiones que he descrito aparejadas con las necesidades familiares adyacentes, espacios de vivienda limitados y problemas económicos, pueden dar lugar al alcohol o drogodependencia. En dichas situaciones existe el riesgo de abusos hacia el anciano, yendo desde una negligencia pasiva e inintencionada a un abuso activo, intencional, verbal, emocional, físico o económico.

En caso de abuso económico el sanitario puede asumir el control de las finanzas del anciano, gastar inadecuadamente o retener dinero, malversar propiedades, engrosar facturas, o robar fondos o bienes.

## CONCLUSIÓN: ROL DEL MÉDICO

Dada la cantidad de cuestiones a que debe enfrentarse aquel que cuida de su padre anciano o de otros familiares, estos seguramente buscarán la ayuda y el consejo de un médico. El asesoramiento puede que les sea dado por cualquiera de los miembros del equipo de atención sanitaria (médico, enfermera, practicante, asistente social o pastoral de la salud); sin embargo cuando existen limitaciones geográficas o económicas el peso de dichos con-

sejos suele recaer en el médico. Los problemas que deben tratarse con el auxiliar incluyen los siguientes:

- El hijo adulto debe establecer con el padre y los otros responsables del cuidado los límites de tiempo y los límites de la obligación de su función de forma contractual. Esto significa un informe claro de lo que los responsables del cuidado pueden hacer y de cuando lo pueden hacer. Este hecho puede disminuir los sentimientos de culpabilidad ya que cuando alguno no está *de turno* disminuye su responsabilidad y puede disfrutar de un descanso merecido. Además, sin tener en cuenta el tipo ni la duración de la enfermedad, los responsables del cuidado se sienten más satisfechos y se encuentran menos solos y más respaldados cuando existe una mayor participación de la familia o de los amigos.
- El hijo que cuida a su padre debe tratarle de tal modo que olvide los conflictos, rebeldías y cuestiones del pasado todavía sin resolver, las cuales podrían interferir en sus cuidados. Una búsqueda de aspectos positivos en la relación padre-hijo puede asegurar el que sea mutuamente provechosa.
- El responsable del cuidado debe ser consciente de las necesidades emocionales del anciano y de sus deficiencias, y en consecuencia ayudar al anciano a hablar de sus sentimientos y de aspectos relacionados con su propia estima. Suele ser necesario insistir o repetir para captar los sentimientos que hay detrás de las palabras.
- Se debe animar a los responsables del cuidado a que respeten pacientemente la independencia de sus padres, aunque sea mínima, y dar la oportunidad a los padres de seguir siendo padres, reconociendo su papel y lugar en la familia.
- Los responsables del cuidado deben tomar en consideración la participación en grupos para una autoayuda, tales como reuniones para la expansión emocional, esfuerzo propio, descarga de culpabilidad, solución de problemas y desarrollo de sentimientos más positivos hacia los padres.
- Los responsables del cuidado deben establecer ayudas médicas y sociales antes de que aparezcan las crisis. Esto incluye estar familiarizado con el papel del médico, enfermera, asistente social, policía, sacerdote y otros trabajadores de la sociedad y con posibilidad de opciones que puedan aliviarles.
- Se debe animar a los responsables del cuidado a que sean conscientes de los problemas para determinar la competencia económica de los ancianos.
- Los responsables del cuidado necesitan ayuda para poder llegar a darse cuenta de la relación entre el bienestar psicológico de los padres y su salud, la actitud de sus padres hacia la vejez, el grado y comunicación dentro de la familia, las expectativas de los hijos y la responsabilidad filial.
- El médico debe permitir que el responsable del cuidado exprese sus sentimientos de culpabilidad y ayudarle a que reconozca que los sentimientos de culpabilidad son normales. Esto incluye un reconocimiento por parte del médico de que la labor que éste está haciendo es realmente beneficiosa para sus mayores.

# El proceso del envejecimiento

LH

III-1

## EL ENVEJECIMIENTO UN PROCESO BIOLÓGICO

M. Pilar Núñez

Especialista en Ginecología y Obstetricia.  
Colaboradora científica del Institut Borja de Bioètica.

*El paso de los años va dejando su huella en las personas. En este artículo presentaremos de manera esquemática los cambios físicos, psicológicos y sociales que se dan en el proceso del envejecimiento. Antes de entrar en aspectos detallados es conveniente encuadrarlos en un marco de referencia cronológica y bio-psico-social indicando las características comunes en toda persona que está envejeciendo porque es la persona, el ser humano, el que envejece, el que siente en su yo la progresiva incapacidad y deterioro de su cuerpo y de su mente y el que siente también como su entorno familiar y su situación económica, laboral o social se derrumba lentamente a su alrededor.*

*Esta vivencia, en su yo más íntimo va a depender de:*

- Su salud física.
- Su actitud personal ante el envejecer.
- El entorno familiar y social.

*También hay que referirse al proceso de adaptación dentro del área de las necesidades humanas, que recordando la escala de Maslow, se dividen en:*

### NECESIDADES QUE UNA VEZ SATISFECHAS DESAPARECEN

- **FISIOLÓGICAS:** hambre, sed, cobijo, abrigo, sueño, sexo.
- **SEGURIDAD:** cobertura de las anteriores, ingresos económicos mínimos, empleo estable.

### NECESIDADES QUE UNA VEZ SATISFECHAS SIGUEN MOTIVANDO

- **SOCIALES:** relación con otras personas, sentirse miembro de un grupo o colectivo.
- **ESTIMA:** respeto y confianza en uno mismo, ser respetado por los demás, prestigio, buen nombre.
- **AUTOREALIZACIÓN:** sentirse realizado en alguna o más áreas: personal, social, profesional.

*Para la satisfacción de estas necesidades no podemos olvidar los cambios biológicos y psicológicos que se producen al envejecer y también las circunstancias sociales en que se desarrollan y que obligan o fuerzan a apartarse de la comunidad productiva o fuerza laboral y que dejan su huella profunda en el ánimo de la persona.*

*Desde una concepción dinámica de la medicina, comenzaremos considerando la etiología de este proceso.*

### CAUSAS DEL ENVEJECIMIENTO FÍSICO

**Disfunción del sistema inmunológico.** Las defensas del cuerpo pierden eficacia en la lucha contra los agentes patógenos y aumenta el número de enfermedades, pero incluso parece darse una reacción de ellas contra las partes sanas del cuerpo.

**Envejecimiento celular.** La muerte real de un número creciente de células del cuerpo (despoblación celular), como si el número de divisiones celulares fuera limitado, límite que estaría programado en el código genético, agravado además por la acumulación de sustancias de deshecho que perjudicarían la oxidación celular produciendo una pérdida de la función y la muerte celular.

**Modificaciones del eje neuro-endocrino.** Modificación de la producción de hormonas y alteración del metabolismo de los neurotransmisores (catecolaminas).

**Teorías genéticas.** Antecedentes familiares y herencia marcado por el «Código Genético».

**Teoría del desgaste.** El uso produciría un desgaste de las distintas partes del cuerpo y ya no podrían responder al stress.

**Teoría de la acumulación de los productos de deshecho.** El fracaso de los sistemas de eliminación de estas sustancias permitiría la acumulación de ellas y su actuación como agentes *noxógenos* o tóxicos.

Veremos después los distintos factores que influyen en este proceso.

### EDAD

**Edad cronológica.** Hablamos de:

- **Infancia-Adolescencia:** hasta los 18 años.
- **Juventud:** de los 18 a los 40.
- **Adulthood:** de los 40 a los 55.

- *Madurez*: de los 55 a los 70.
- *Longevidad*: de los 70 a los 80-85.
- *Ancianidad, vejez, senectud*: después de los 80-85.

#### **Edad física y biológica**

- Pérdida de fuerzas.
- *Imagen personal*: cabellos grises, piel seca, cambio de la imagen propia y percepción de que este cambio es percibido por los otros.
- Alteraciones de salud.

#### **Edad psicológica y emotiva**

- La vida se reorganiza en función del tiempo que queda.
- Cambios cognoscitivos que afectan a la manera de pensar.
- Cambios en la afectividad y la personalidad en función de las pérdidas sufridas (personas queridas, trabajo...) y el cómo se hayan vivido éstas.

#### **Edad social**

- Jubilación anticipada, jubilación no aceptada...

## **CAMBIOS FÍSICOS**

**Apariencia:** lentamente se van produciendo:

- Modificaciones del sistema piloso (cabello, vello) en su distribución, color, espesor, fuerza.
- Cambios de estatura: disminución de la talla por osteoporosis y aumento de la curvatura de la columna.
- Cambios en la estructura: disminuye la masa *magra*, aumenta la grasa, disminuye el agua y se pierde la tersura de la piel.

#### **Piel y faneras**

- Pérdida de la elasticidad produciendo arrugas.
- Alteraciones sensoriales.
- Alteración de las defensas ante las agresiones externas.
- alteraciones de la pigmentación.

#### **Aparato locomotor**

- Huesos: descalcificación (fragilidad) por osteopenia y osteoporosis.
- Músculos: pérdida de elasticidad y fuerza que alteran el movimiento.
- Articulaciones: se desgasta el cartílago (artrosis) y frena el movimiento.

#### **Aparato digestivo**

- Alteraciones en la digestión: flatulencia, lentitud.
- Alteraciones en la eliminación: estreñimiento, cólicos.
- Alteraciones de la absorción: malnutrición, agravada por la pérdida de los dientes, la situación económica, y la soledad.
- El hígado pierde el 35 % de su eficacia entre los 20 a los 80 años.

#### **Aparato respiratorio**

- Disminución de la capacidad y eficacia de los pulmones para el recambio  $O_2/CO_2$ .
- Disminución del paso del aire por los bronquios.

#### **Aparato circulatorio**

- Disminución de la potencia cardíaca, aumento de la fatiga y fallo ante el stress.
- Enlentecimiento de la circulación por:
  - a) Pérdida de la elasticidad de las arterias.
  - b) Estrechamiento de la luz arterial por las placas de ateroma.
  - c) Aumento de la viscosidad de la sangre por alteración de los lípidos.

#### **Aparato urinario**

- Pérdida de un 40 % de la función renal entre los 20 a los 80 años.
- Alteración de la función vesical produciendo incontinencia o retención.

#### **Sistema metabólico**

- Alteraciones que producen cambios bioquímicos con depósitos de las sustancias de deshecho y su repercusión en los otros aparatos y sistemas.

#### **Sistema termoregulador**

- Cambios en la resistencia al calor y al frío.

**Sistema o eje neuroendocrino**, el gran regulador de todos los procesos y funciones:

**Alteraciones de los órganos de los sentidos:**

- Presbicia, catarata.
- Presbiacusia.
- Alteraciones del olfato y del gusto con influencia en la nutrición.
- Alteración del tacto y sus funciones de sensibilidad y defensa.

Estos cambios no disminuyen la persona y pueden compensarse con la rapidez y la coordinación, a diferencia de otro tipo de cambios que producen deterioro de la persona, como:

- Alteraciones del equilibrio, del movimiento y de la sensibilidad profunda, el deterioro o pérdida de las funciones intelectuales que estará en función de la despoblación neuronal y del aprendizaje.

#### **Glándulas endocrinas**

- *Tiroides*: alterando el metabolismo general.
- *Paratiroides*: alteración del metabolismo del calcio.
- *Suprarrenales*: condicionando el metabolismo del agua y los iones.
- *Gónadas*: alterando la función sexual, lo que parece el factor desencadenante del humano declinar, sobre todo en la mujer.

La vida sexual, sin embargo, se conserva y sobre todo en su amplia concepción de relación humana y no sólo genital.

(Podemos citar el texto de F. Mauriac :...«lo que al principio te había seducido en esta mujer, ya no existe, ahora te has dado cuenta. Pero destruido el espejismo, el amor se aferra a este pobre barro que el espejismo le había arrebatado. *A fuerza de haberte amado por lo que no eres, he aprendido a quererte por lo que eres*).<sup>1</sup>

#### Sistema inmunitario:

- Disminuyen las enfermedades agudas.
- Aumentan las enfermedades crónicas.

A la edad de 65 años 1 de cada 2 personas tiene que limitar sus actividades y 1 de cada 5 es incapaz de continuar con las actividades principales (29,6% de los hombres y 8,8% de las mujeres).

## ASPECTO SOCIAL DEL ENVEJECIMIENTO

La sociedad y su conjunto de valores ejerce también una influencia en esta etapa de la vida.

**Desinserción:** la persona cesa de introducirse en la vida social la sociedad ofrece menos ventajas, pero habría que preguntarse si son las personas las que se desinsertan, o es la sociedad quien las retira.

**Actividad:** ciertas funciones evidentemente les son retiradas, pero una vejez feliz supone la descubierta de nuevas funciones o de nuevos medios para conservar las antiguas.

Hay personas que mantienen:

- Actividad intensa con una moral alta.
- Actividad intensa con una moral baja.
- Actividad débil con una moral alta.
- Actividad débil con una moral baja.

**Medio social:** salud, finanzas, apoyos sociales.

**Continuidad:** las costumbres, los gustos, los estilos personales, persisten hasta el final de la vida.

La actividad social en la edad avanzada viene determinada en gran parte por el pasado. Para ser eficaz la preparación a la jubilación debe comenzar a prepararse desde mucho antes e ir eligiendo aquel tipo de actividades donde uno cree que podrá seguir auto-realizándose: tipo de descanso, diversión, actividad creativa, realización personal, tiempo de reflexión sobre la trascendencia.

## LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS

La vejez se está convirtiendo en una época distinta, y no únicamente en el final de la vida.

Ciertos procesos psicológicos acompañan esta etapa.

1. FRANÇOIS MAURIAC: *Souffrances et bonheur du chrétien*. Ed. Bernard Grasset, 1931.

### Cambios de la percepción

- En la rapidez: enlentecimiento.
- En la coordinación: disminución de ésta.

### Memoria: 3 momentos

- La entrada de datos o *fijación* puede seguir siendo buena si se hace lentamente, y sin demasiada presión.
- La memoria de hechos recientes o a corto término disminuye.
- La memoria lejana o a largo término, se conserva.

### Inteligencia

- El razonamiento verbal progresa hasta los 25 años, se mantiene hasta los 70 y disminuye después lentamente.
- La rapidez de la respuesta puede compensarse con la capacidad verbal.
- Las aptitudes para el aprendizaje se conservan hasta una edad muy avanzada, es posible aprender toda la vida.
- La *inteligencia cristalizada* que aplica a la situación presente la experiencia anterior hace que la capacidad de *síntesis* aumente con la edad y en función de lo vivido.
- La *inteligencia fluida*, capacidad de resolver los problemas nuevos que requiere una capacidad de *análisis* disminuye con la edad y depende de la genética.

Para la mayoría de las personas la inteligencia puede conservarse bien hasta los 80 años en razón directa con el ejercicio que se ha hecho de ella durante la vida.

### Metacognocimiento

- La *conciencia* que tienen las personas de sus funciones mentales no disminuye con la edad.
- La *inteligencia* y la memoria determinan el comportamiento mediante mecanismos conscientes que nos permiten darnos cuenta de cómo pensamos y cómo actuamos y consecuentemente el ejercicio de la autorregulación.
- Los mismos defectos pueden ser útiles y los efectos de nuestras debilidades compensados.

### Creatividad

- La *creatividad* es ciertamente una producción de las funciones cerebrales, pero es también un estado de espíritu.
- La *calidad* es factor de las edades más jóvenes, máximo en la treintena y suele luego invertirse la relación cantidad/calidad.
- El *Arte* suele aumentar hasta los 40, se mantiene y disminuye bruscamente hacia los 70.
- Las *Ciencias* aumentan también hasta los 40 inician un descenso ligero en los 60, para disminuir bruscamente a los 70.
- Las *Humanidades* se desarrollan progresivamente hasta los 30, continúa un ascenso ligero hasta los 60 y se mantienen con un descenso muy ligero hasta la ancianidad.

## Emotividad

- Se ha atribuido a las personas de edad una tendencia a la depresión y un estado de humor lábil, pero no existen pruebas de que la vida afectiva de las personas de edad sea mejor o peor que la de los jóvenes.
- Los estados afectivos negativos pueden acentuarse, mientras que los estados afectivos positivos tienden a estabilizarse.
- Algunos factores ejercen una especial influencia: la satisfacción personal, la salud y el presupuesto.

**Motivación o interés.** Viene determinada por 3 factores:

- Móvil o fin del comportamiento.
- Nivel de excitación o respuesta del organismo.
- Estado físico-psicológico para reaccionar y lanzar la persona hacia un fin.

Toda necesidad psicológica —deseo o pulsión— desencadena una serie de movimientos o actividades dirigidas hacia la consecución del fin.

El nivel de excitación o capacidad de respuesta del organismo es función de la actividad que desempeña habitualmente el individuo, actividad que conduce también al aprendizaje de nuevos comportamientos, si no se dan condicionamientos previos, hábitos o manías que puedan impedirlo.

## Cambios de la personalidad

**La Personalidad:** organización dinámica interna de los sistemas psicológicos de la persona que determinan su propia adaptación o *ajuste personal* a su medio, viene marcada por:

- Los determinantes inconscientes e históricos de la personalidad *psicodinámicos*.
- Las condiciones de aprendizaje y del medio *conductistas*.
- Los objetivos de la persona *humanistas*.

La personalidad de la persona de edad está caracterizada por una complejidad o diferenciación mayor que la de los jóvenes, en parte por su gran experiencia y en parte por el mejor dominio de los impulsos.

La idea que tenemos de nosotros mismos está influenciada por nuestra historia personal y las circunstancias particulares que determinan el papel que tenemos que jugar y las reacciones del otro. A veces presentamos diferentes imágenes de nosotros mismos en función de la situación que toca desempeñar y según la percepción que cada uno tiene de su papel y de las normas que gobiernan ese papel.

Una *personalidad madura* depende de:

- Un sentimiento bien desarrollado de uno mismo.
- La capacidad de mantener relaciones cordiales con otro, sea o no una relación de intimidad.
- Seguridad emotiva, nacida de la aceptación de uno mismo.
- Disposición para percibir, pensar y actuar con ilusión y entusiasmo ante la realidad exterior.
- Auto-objetivación, penetración profunda (insight) y sentido del humor.
- Vida coherente con una filosofía unificadora de la vida.

En la persona de edad avanzada los cambios de personalidad pueden deberse a 3 clases de factores:

- Su evolución interna: según sus estados emotivos, sus ideas o pensamientos, y la concepción que él tenga de sí mismo (una pobre o elevada estima de sí mismo).
- Su comportamiento externo: respuesta o no respuesta a sensaciones nuevas y a las antiguas.
- El medio externo: función a desempeñar y otras formas de presión.

Tres cambios de personalidad pueden considerarse positivos:

- El del reorganizador, que reemplaza su forma de actividad habitual por otro tipo de actividad (ej. actividades comunitarias, trabajo benévolo...).
- El del focalizado, que abandona una parte de sus actividades, y se centra en las otras.
- El del no comprometido que renuncia a sus actividades anteriores pero permanece en cierta manera satisfecho de lo que la vida le ofrece en ese momento.

Dos cambios de personalidad mostrarían una mala adaptación:

- Los descontentos, que reaccionan con amargura, agresividad o depresión a esta nueva etapa de la vida.
- Los autofóbicos que no quieren oír, ni saber de esta etapa y tienen miedo o aversión a enfrentarse con ella.

La personalidad es el elemento clave de una vejez feliz, el resultado de haber vivido la vida como un desarrollo continuo más que como una sucesión continuada de fenómenos, unidad que produciría un sentimiento suficiente de satisfacción. Esta satisfacción disminuye a medida que uno se aleja de este sentido unitario de la vida.

## Comportamiento

- El comportamiento de las personas de edad avanzada está ligado en gran parte a la percepción que ellos tienen de su cambio objetivo. El cambio es percibido y evaluado a la luz de las preocupaciones y expectativas del sujeto.



- La adaptación a la vejez está en función del equilibrio entre las estructuras de conocimiento y las motivaciones del sujeto.
- El comportamiento se explica siempre a la luz del modo de vida, incluso si este comportamiento parece desprovisto de sentido desde el punto de vista de la situación objetiva.<sup>2</sup>

Enumerados de esta manera esquemática los distintos factores que rigen el proceso de envejecimiento, quisié-

2. Modèle cognitif de la personnalité adulte selon Thomae Le vieillissement, B. L. Mishara y R. G. Riedel, Presses Universitaires de France, Paris 1984.

ramos haber aportado los elementos de base a tener en cuenta ante cualquier política, humana, sanitaria o social, para las personas mayores.

Ni se puede creer que teniendo las necesidades fisiológicas y de seguridad cubiertas, las personas mayores quedan protegidas en aquello que parece esencial. Ni buscar medidas para cubrir las necesidades sociales, de estima y autorealización sin verificar que las primeras están cubiertas, ya que aún teniendo los recursos a mano, a veces el estado anímico de las personas de edad, puede provocar por olvido una negligencia a sus funciones de primer orden o vitales. Esta asistencia debe ser total y globalizadora.

## Schindler, S.A.

- Ascensores
- Montacargas
- Escaleras mecánicas
- Plataformas hidráulicas

**DIRECCIÓN REGIONAL**  
C/.Roselló, 34, 3º 4ª  
08029 BARCELONA  
☎ 430 91 25 - Fax: 439 87 16

**Schindler** 

# GERIATRÍA: LOS DESAFÍOS DEL SIGLO XXI\*

Centro de documentación del INSERM (París)

*Garantizar a las poblaciones envejecidas la mejor calidad de vida posible previniendo y limitando todas las situaciones de dependencia: éste es el objetivo que se han fijado los gerontólogos, geriatras y los médicos generalistas reunidos en Washington en el marco del 52.º Congreso anual de la Sociedad Americana de Geriatría.*

## RECONOCER Y TRATAR LOS DOLORES DE LA PERSONA MAYOR

Muchas enfermedades son causa de dolor en las personas mayores: el cáncer es la segunda causa de mortalidad en las personas de 65 años o más en los Estados Unidos. Los neoplasmas vienen acompañados generalmente de dolores importantes, sobre todo en las personas con un estado avanzado o terminal de la enfermedad. Desgraciadamente, durante mucho tiempo la evaluación del dolor y el tratamiento con analgésicos se ha aplicado lamentablemente poco, provocando dolores inútiles y alterando la calidad de vida.

Para empezar es esencial reconocer el dolor en la persona de edad. Se ha realizado un estudio en una residencia de ancianos, que muestra que la percepción del dolor es distinta para el personal y para los pacientes. Además, a menudo las escalas de auto-evaluación no eran útiles. Sin que este estudio pueda concluir en general cuál es la conducta a seguir, es importante mantenerse atento a la expresión del dolor, sea cual fuere la manera, de tratarlo correctamente.

### Los analgésicos más eficaces en las personas mayores

Está claro que es necesario tener en cuenta el estado general del enfermo mayor, a menudo frágil, y prescribir según la intensidad del dolor analgésicos no-opiáceos u opiáceos.

*Los derivados del paracétamol* son los medicamentos de primera intención para los dolores ligeros o mode-

\* *Gériatrie: les défis du XXI siècle*. Le Quotidien du médecin 1995; (5651). Suplemento. Citado en: Le vieillissement: dossier bibliographique, editado por la biblioteca del Centre du documentation de l'INSERM (París).

rados, sobre todo si no existe ningún síndrome inflamatorio asociado. La asociación con un narcótico como la codeína tiene un efecto analgésico muy bueno.

Los AINE (Anti Inflamatorios No Esteroides) constituyen una alternativa a los derivados del paracetamol para la misma indicación, al escoger los que tienen una vida media corta, como el ibuprofén o el ketoprofén.

Los AINE pueden estar combinados con los opioides para aumentar el efecto analgésico. Recientemente se ha utilizado mucho, sobre todo en los dolores post-operatorios, los AINE por vía parenteral (los más estudiados son el diclofenaco y el ketoprofeno).

Los narcóticos deben reservarse para los dolores severos en los sujetos frágiles.

Deben respetarse ciertas recomendaciones (Dr A.-M. Egbert):

- Empezar por la dosis mínima para conseguir una analgesia.
- El método de administración es tan importante como escoger el producto; debe evitarse la vía parenteral, sobre todo en I.M.
- No utilizar, como en el adulto joven, *antieméticos*, en particular las fenotiacinas, cuyo efecto analgésico no ha sido probado y que tienen efectos indeseables y mal tolerados por las personas mayores.
- Prevenir, conociéndolos, los efectos indeseables mediante un aumento progresivo de las dosis.

Para los dolores severos, preferir la *buprenorfina* administrada por vía sublingual o el fentanil por vía transdérmica.

Conviene desconfiar de los productos narcóticos administrados por vía I.V. o I.M., ya que el control del efecto analgésico es difícil a esta edad. Se dan subidas o picos plasmáticos del fármaco y es difícil reproducir de un sujeto a otro el mismo efecto. Hay un riesgo de acumulación del producto y por lo tanto de toxicidad.

Los narcóticos pueden administrarse en epidural por especialistas y bajo una buena vigilancia médica, debido a los riesgos inherentes (concretamente la depresión respiratoria).

Conclusión: debe tratarse el dolor de las personas mayores sin esperar a que se haya hecho el diagnóstico. Debe hacerse participar lo más que se pueda al enfermo a su propia terapéutica y utilizar estrategias combinando

los medios medicamentosos y no medicamentosos; en definitiva, analizar las respuestas a los tratamientos y cambiar de terapéutica, si es necesario para optimizar el estado funcional y la calidad de vida del paciente.

**Dr. Laurence HUGONOT-DIENER  
(CEPEVI, Paris)**

A partir de las comunicaciones de los Drs.

D. K. Weiner (Durham)  
Gerard Holman (Amarillo)  
Walter Forman (Albuquerque)  
Paul Rousseau (Phoenix)

### CAÍDAS DE LA PERSONA MAYOR: ACTUAR SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO PARA PREVENIRLOS

Las caídas de las personas mayores son graves, inducen una morbilidad seria, acompañada casi siempre de la pérdida de autonomía o de la muerte.

Es por esto que es tan importante poner a punto una estrategia estandarizada de prevención de las caídas en función de los factores de riesgo de los pacientes mayores.

Los factores de riesgo asociados son las situaciones que deben prevenirse como la hipotensión ortostática yatrógena, que conduce a caídas múltiples, la disminución de la propiocepción, la necesidad de apoyarse en una silla para levantarse y de realizar un gran número de pasos para efectuar una media vuelta. Es importante devolver la confianza en sí mismos a estos pacientes mayores. La práctica sistemática de este acercamiento da muy buenos resultados y, al mismo tiempo, debe realizarse siempre una evaluación de las acciones llevadas a cabo. Los factores que permiten considerar que acciones son positivas están representados por la ley de las 5 V (Whipple, 1994: velocidad, vestibular, visión, vertical, vigor).

La investigación de los factores de riesgo, necesaria para intervenir, comprende:

- La investigación sistemática de la hipotensión ortostática por parte de todo el personal de enfermería; después de cinco minutos de estar tumbado debe hacerse levantar al enfermo y tomarle la tensión a los treinta segundos y dos minutos después de levantarlo: la prevención de esta hipotensión consiste en ajustar los medicamentos a los estrictamente necesarios, sobre todo los diuréticos, los psicotrópicos y, entre ellos, los antidepressivos y los nitratos, que pueden inducir este efecto indeseable.
- La investigación de la disminución de la fuerza muscular de las piernas (de los cuádriceps) para hacer practicar ejercicios muy simples de contracción muscular activa siempre que sea posible y ejercicios contra resistencia.
- La investigación de problemas del equilibrio estático y de la marcha. El equilibrio debe explorarse cuando

estando sentados, intentan levantarse, inmediatamente después de levantarse, primero apoyando sobre una pierna y luego sobre la otra. Debe analizarse la marcha primero sobre una superficie lisa y después accidentada, al empezar, al girar, al subir y al bajar y en los pasajes con obstáculos. Los ejercicios a practicar para corregir estos problemas pueden hacerse incluso de manera preventiva; se debe hacer trabajar el sistema del equilibrio y de la fuerza y para que sean eficaces, deben hacerse dos veces al día, siete días por semana, durante quince a veinte minutos y entre cinco y diez movimientos por ejercicio.

### Riesgo de Fractura

La inestabilidad de la postura es un factor de riesgo de fractura equivalente a la osteoporosis: algunos piensan que es necesaria muy poca fuerza muscular para el mantenimiento de la posición estática y que el estudio de la fuerza de flexión plantar es un test fiable para evaluar la estabilidad de la postura; pero, parece que esto sólo es cierto para las personas jóvenes y falso para las personas mayores, en los que el mantenimiento de la postura pone en juego tanto factores sensoriales como musculares.

Es cierto que faltan aún proyectos de investigación en estudio sobre los efectos de los vasodiladores como el Tanakan, asociado a los ejercicios del equilibrio, sobre la resistencia a la fatiga y sobre la fuerza muscular y su repercusión en la eficiencia cognitiva, por ejemplo...

Actualmente, se desarrolla en la mayoría de residencias unos «grupos de tai-chi para personas mayores».

Esta gimnasia china desarrolla en efecto el equilibrio a través de movimientos lentos.

Finalmente, y esto es nuevo, existen actualmente «unos protectores de cadera» que parecen dar resultados positivos; y que deben reservarse para los sujetos de alto riesgo.

**Dr. Laurence HUGONOT-DIENER**

A partir de las comunicaciones de los Drs.

Mary E. Tinetti (Yale Un.)  
Neil B. Alexander (Ann Arbor)

### UNA BUENA NUTRICIÓN PREVIENE LA SARCOPÉNIE

Una nueva noción: la *sarcopénie*, o disminución del volumen de la masa muscular, sería a partir de cierto umbral un factor de riesgo de fragilidad (frailty) y de osteoporosis; el ejercicio físico y la suficiente aportación cotidiana de proteínas permitirían prevenir esta función muscular; una buena nutrición sería por lo tanto un factor para un mejor envejecimiento.

En clínica geriátrica se observa, con el avance de la edad, una disminución de volumen del tejido muscular así como una modificación de la composición corporal. A esta baja se le añade una infiltración en el tejido adiposo

de las masas musculares. Esto puede diagnosticarse mediante un simple examen (DEXA).

Esta *sarcopénie* supone un factor de riesgo de fragilidad para los mayores debido a sus consecuencias, por un lado, sobre la marcha y el equilibrio, pudiendo provocar una caída y una fractura del cuello del fémur, y por otro lado, sobre los procesos del metabolismo.

Esta *sarcopénie* puede prevenirse con el ejercicio físico y con aportes ricos en proteínas; hace tiempo se recomendaba una aportación cotidiana de 0,8 g/kg de peso, ahora se ha comprobado que es necesaria una aportación de 1,2 g/kg.

Hemos desarrollado un instrumento de *screening* para el cribado de los sujetos de riesgo; el IMN (MNA), o Informe Mini Nutricional, que es un instrumento simple y rápido de evaluación nutricional, compuesto de 18 apartados cuya puntuación máxima es de 30, pide diez minutos de entrega y comprende medidas antropométricas (peso, perímetro de la pantorrilla y del brazo). Este cuestionario ha sido aprobado en los Estados Unidos (Albuquerque) y en Francia (Toulouse).

Una puntuación superior o igual a 24 puntos traduce un estado nutricional satisfactorio; de 17 a 23,5 puntos, se considera riesgo de malnutrición y es el momento para intervenir; una puntuación inferior a los 17 puntos denota un estado nutricional malo.

**Dr. Laurence HUGONOT-DIENER**

A partir de una conversación con el Pr. Bruno Vellas, Toulouse, hecha en Washington.

Para saber más del tema: «MNA in Age and Nutrition». Marzo 1995, vol. 6, n.º 1, p. 52-56.

## NUMEROSOS ESTADOS PATOLÓGICOS GENERAN ANSIEDAD

La ansiedad es uno de los síndromes más comunes, que afectan a cerca de 1,5 millones de personas y al 20 % de los mayores. El aumento de su predominio en la vejez no es un fenómeno bien establecido. Según el «DSM IV», existen tres tipos de trastornos ansiosos; las fobias, el estrés post-traumático y los estados de ansiedad, estos últimos son los más frecuentes.

La ansiedad generalizada en las personas mayores o los síndromes ansio-depresivos se conocen bien; por el contrario, hay muy pocos estudios sobre los ataques de pánico.

En los Estados Unidos son los médicos generalistas quienes prescriben los *ansiolíticos* y estos productos suponen un mercado considerable dentro de ese país. Antes de prescribir *ansiolíticos* es importante hacer un diagnóstico diferencial, con otros cuadros como pueden ser el estrés, una patología psiquiátrica subyacente, una depresión o una demencia.

Muchos estados patológicos geriátricos provocan ansiedad, como la artrosis, los cambios sensoriales brut-

les, tanto visuales como auditivos, las insuficiencias cardíacas, la HTA, etc.

Es conveniente tratar primero esas patologías asociadas.

La ansiedad y la depresión coexisten muy a menudo en geriatría, y algunos tratamientos como la *fluoxetina* pueden causar una ansiedad importante si se administra a ciertas dosis. Los ansiolíticos se prescribirán en función de los recursos económicos y médicos (evitar la sedación diurna generadora de fracturas del cuello del fémur).

Se dará preferencia a un ansiolítico no benzodiazepínico como la buspirona, que tiene el inconveniente de ser cara y a menudo rechazada por los pacientes por este hecho (220 dólares cada mes).

Las benzodiazepinas prescritas serán aquellas que tienen una vida media corta, como el *alprazolam*, el *clomezanone* o el *oxacepam*. Deben abolirse las benzodiazepinas con una vida media larga.

Evitar prescribir barbitúricos que perturban las fases de sueño 3 y 4, pero preferir un hipnótico no benzodiazepínico, como el *zolpidem*.

Este tratamiento debe adaptarse a cada enfermo y debe seguirse de cerca.

## Los estados de agitación: problemas obsesivos y compulsivos

Los estados de ansiedad caracterizados por estos problemas son muy frecuentes. «Las neurosis obsesivas son las más frecuentes, y, dentro de una residencia de religiosos evocada por G. T. Grossberg, parece existir, según él, un predominio de estas neurosis sobre todo la neurosis obsesiva de contenido religioso; como el Rosario, santiguarse, etc., o incluso preocupaciones somáticas (como el colon), un miedo mórbido de la muerte.»

Siempre es importante efectuar una evaluación de las capacidades intelectuales desconfiando de los falsos positivos, bastante frecuentes en los sujetos ansiosos.

Aunque no existen estudios controlados en los sujetos mayores sobre el tratamiento de los problemas obsesivos compulsivos, se debe indicar una terapia que siempre debe ser mixta; debe asociarse una terapia de comportamiento con una farmacoterapia en la que se prescribe un ansiolítico (tipo buspirona) con un antidepresivo (excepto la fluoxetina, que puede empeorar estos problemas).

No existe acuerdo sobre la definición de agitación en la enfermedad de Alzheimer. El predominio es muy elevado y se acerca del 50 % al 70 % de los casos. A menudo el dolor puede ser la causa. Nunca debe darse benzodiazepinas o neurolepticos a estos sujetos, salvo en caso de urgencia. El tratamiento debe ser siempre inicialmente no medicamentoso. A continuación, puede prescribirse un ansiolítico de tipo buspirona o trazodona, por un tiempo limitado y bajo control médico.

**Dr. Laurence HUGONOT-DIENER**

A partir de una comunicación del Dr. Georges T. Grossberg (Saint-Louise).

## AL MENOS UNA PERSONA MAYOR SOBRE TRES SUFRE DE PÉRDIDA AUDITIVA

La pérdida auditiva es uno de los problemas más corrientes entre las personas mayores: un cuarto de las personas de 65 años y más se quejan de una pérdida de la agudeza auditiva; el examen de la audición permite descubrir una pérdida de la audición en un tercio de los sujetos de la misma edad.

### ¿Existe realmente una molestia o un sufrimiento provocado por la presbiacusia?

Sí, existen efectos no deseados sobre el bienestar de la vida social, provocando a menudo una limitación de la actividad, un aumento de los días por año de reposo en cama y de las visitas al médico en relación con los sujetos que no presentan presbiacusia.

Muchos estudios han mostrado la asociación frecuente de una sordera con un estado depresivo, es decir una baja de la eficiencia intelectual.

### Una evaluación discordante del predominio

#### ¿Existen buenos tests para la prevención?

Como no existe una definición universal de la pérdida auditiva, hay desacuerdos entre los «ORL» sobre la combinación de las frecuencias y de la pérdida de decibelios a partir de los cuales podamos hablar de presbiacusia clínicamente significativa. Estas diferencias provocan una evaluación desigual del predominio de la presbiacusia que puede variar de simple a doble (de 30 a 60% de las personas de 65 años y más).

Se pueden realizar medidas sencillas con el otoscopio. Los tests cortos de auto-evaluación, como el «HHIE-S» (Hearing Handicap Inventory for the Eldery), también tienen buenas características de sensibilidad. Deberían realizarse varios estudios comparativos para valorar cual es el mejor test para el depistaje.

#### ¿Existen tratamientos eficaces?

Los aparatos auditivos parecen corregir la mayoría de pérdidas auditivas y se soportan mejor cuando se prescriben más precozmente. Unos estudios han mostrado que la mayoría de personas mayores sordas llevan su aparato menos de ocho horas por día, que un cierto número de personas no seguirán el balance audiométrico completo después de una prueba de prevención mediante «screening» y que ciertos sujetos nunca llevan su aparato, sin que se sepa verdaderamente el porqué.

#### Las recomendaciones clínicas:

- Los médicos generalistas deberían detectar ellos mismos la pérdida de la audición de sus pacientes mayores.
- Un otoscopio portátil es el instrumento diagnóstico de elección a combinar con un test de auto-evaluación como el HHIE-S.

- Aunque no existe un intervalo reconocido entre dos visitas preventivas, debería aconsejarse una visita anual.

**Dr. Laurence HUGONOT-DIENER**

## MODO DE VIDA Y OSTÉOPOROSIS

Los datos de un estudio clínico, que evaluaba la eficacia de la asociación entre estrógenos/progesterona, se han utilizado para valorar la relación entre la densidad mineral ósea y los distintos factores del modo de vida. Una absorciometría bifotométrica con rayos X (DEXA) ha permitido medir la densidad ósea de la columna vertebral, del cuello del fémur y de la cadera. Los datos demográficos, la historia médica, el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos se han podido conocer mediante la anamnesis. Un cuestionario sobre la alimentación evaluaba la dieta y un cuestionario «standard» permitía la evaluación del calcio, y también la actividad física en la casa, en el trabajo y durante el tiempo de ocio.

La media de edad de las 875 mujeres era de 56,1 años (45-64 años): un 89% de las personas eran *caucasianas*.

El análisis ha concluido que, las mujeres que después de la menopausia tienen un alto nivel de actividad física durante sus tareas, una dieta de calcio suficiente y una aportación moderada de alcohol, tienen una mejor densidad ósea (significativamente) y que, de este hecho, esos factores permitirían prevenir la osteoporosis.

**Dr. Laurence HUGONOT-DIENER**

A partir de una comunicación de  
G.A. Greendale (UCLA, Los Angeles)

## PREVENIR LAS ESCARAS

El Consejo nacional de prevención de las escaras ha publicado un cierto número de recomendaciones sobre los distintos aspectos de su tratamiento.

### La evaluación del riesgo

- Considerar todas las camas, muebles, o sitios donde es difícil apoyarse, como sitios de riesgo.
- Utilizar un método de evaluación como la escala de Norton o la de Braden, para tener una evaluación estandarizada.
- Evaluar los pacientes de riesgo en el momento de admitirlos, y después a intervalos regulares.
- Identificar cada factor de riesgo para tratarlo.

### Los tratamientos precoces de la piel

- Inspeccionar la piel todos los días y notificar el resultado.

- Individualizar los baños, evitar el agua demasiado caliente y las fricciones demasiado fuertes, utilizar un agente de jabón suave.
- Evaluar y tratar la incontinencia: cuando la incontinencia no es curable. Utilizar una crema grasa como aislante.
- Utilizar cremas para piel seca.
- No dar masajes sobre las protuberancias óseas.
- Utilizar posiciones adaptadas con las técnicas para devolver o transferir los pacientes minimizando las fuerzas de fricción o las tensiones.
- Identificar las aportaciones de proteínas o calóricas insuficientes y corregirlas.
- Instaurar un programa de reeducación para optimizar la movilidad de cada uno.

### Superficies de soporte y transporte

- Reposicionar a alguien en la cama cada dos horas, y todas las horas en los sillones.
- Utilizar un horario escrito de reposición.
- Utilizar las colchonetas o cojines antiescaras para los pacientes de riesgo.
- Utilizar aparatos para sobrealzar las sábanas y cubrecamas.
- Utilizar cojines de distintos tamaños para poner en contacto directo con los huesos prominentes.

### Educación

- Iniciar sesiones de formación para los que cuidan de ellos a todos los niveles: familia, enfermeros.
- Incluir las informaciones sobre:
  - a) La etiología y los factores de riesgo de las escaras.
  - b) Las escalas de evaluación y su aplicación;
  - c) El examen de la piel.
  - d) La selección y utilización de las superficies de soporte.
  - e) El desarrollo y la realización de programas de cuidados de la piel.
- Una demostración de las posiciones que disminuyen los riesgos de desgarro de los tejidos.
- En definitiva, proporcionar una buena documentación.

**Dr. Laurence HUGONOT-DIENER**

### Artrosis cervical; los osteófitos cervicales son factores de disfagia

Pocos clínicos están familiarizados con la noción que los osteófitos cervicales pueden provocar disfgias que interfieren sobre las fases faringoesofágicas de la deglución. Sin embargo, esto parece bastante frecuente; de momento ya hay 130 casos descritos en la literatura. Des-

de 1988, el equipo multidisciplinar de Miami de lucha contra la disfagia ha observado 15 casos de disfagia asociada, de los cuales 6 presentaban una etiología puramente artrósica. Estas personas tenían una edad media de 73 años y 3 de cada 6 tenían una radiografía compatible con una espondiloartrosis cervical (a menudo en C6-C7) y 3 de cada 6 con hiperostosis difusas del esqueleto, y el mecanismo consistía o bien en una compresión y una inmovilidad del esófago en ciertos puntos debido a varios osteófitos pequeños.

La mayoría de las observaciones tenía en cuenta las disfgias para los sólidos. El tratamiento estaba en función del mecanismo de la obstrucción y suponía un cambio de nutrición, una posición adecuada durante las comidas, o una ablación de los osteófitos por vía quirúrgica. Después de un seguimiento de dos años, todos los pacientes están con vida y 3 han tenido que continuar adaptándose a su alimentación.

**Dr. Laurence HUGONOT-DIENER**

A partir de un póster de la  
Dr. Lisa Granville (Miami)

El ejercicio físico y la pérdida de peso mejoran la gonartrosis.

La osteoartrosis de la rodilla es una causa mayor de incapacidad de las personas mayores. Se ha realizado un estudio para mostrar los efectos combinados de la pérdida de peso y de los ejercicios físicos sobre la evolución de la incapacidad de las personas que sufren artrosis de rodilla.

Veinticuatro participantes (con una edad media de  $69,2 + 4,12$  años, un *body mass index* igual a  $36,0 + 5,3$ ) que tenían signos radiológicos de artrosis de rodilla que les producía una incapacidad han sido distribuidos en dos grupos: ejercicios más régimen contra sólo ejercicios. Los ejercicios físicos eran ejercicios combinados de pesas y de marcha. El régimen restrictivo preveía una pérdida de peso de 6,8 kg en seis meses, la incapacidad se medía por las respuestas a un cuestionario sobre cuatro actividades físicas principales: una marcha de seis minutos, la subida de escaleras, entrar y salir de un coche simulado.

Los resultados han mostrado una pérdida de peso de 7,9 kg en seis meses en el grupo de ejercicios más régimen, y una pérdida de 2,1 kg en el grupo de sólo ejercicios. Todas las actividades físicas y por lo tanto la incapacidad se han mejorado considerablemente en el grupo de personas que habían practicado el régimen dietético combinado con los ejercicios físicos.

**Dr. Laurence HUGONOT-DIENER**

A partir de un póster del  
Dr. Gianfranco Valle (Salem)

# REFLEXIONES FILOSÓFICAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO\*

**Pedro Gómez Bosque**

Profesor emérito del Departamento de Morfología  
de la Facultad de Medicina  
de la Universidad de Valladolid.

«La muerte no es quizá más que un cambio de sitio.»

MARCO AURELIO

*Dedico este ensayo a mis colegas, hombres y mujeres, de la tercera edad.*

*En la actualidad diferentes instituciones se empeñan en lograr una mejor calidad de vida para las personas que estamos ya en la vejez. Tal empeño es loable y deberíamos agradecer los esfuerzos que se proponen como fin alcanzar tal objetivo.*

*Pero en cambio nadie nos habla de un hecho ineludible, a saber: que ser viejo es estar a un paso de la muerte.*

*No en vano Marco Tulio Cicerón en su Libro sobre la vejez pone en boca de Marco Catón el Viejo estas cuatro razones*

*que hacen parecer miserable la vejez:*

*«Una, porque nos aparta de los negocios.*

*Otra, porque debilita el cuerpo.*

*La tercera porque priva de casi todos los placeres.*

*La cuarta porque no dista mucho de la Muerte».*

*Yo sé que muchas personas se sienten angustiadas por la proximidad al momento último de la vida.*

*A mí me sucede lo mismo. Por eso he meditado repetidas*

*veces sobre el sentido de la Muerte llegando a una*

*concepción positiva sobre ella. Debo decir que publico*

*estas reflexiones sobre el envejecimiento y sobre la Muerte*

*con el deseo de que ayuden a otras personas a adoptar*

*una actitud serena y esperanzada frente a lo que yo llamaría*

*el «yoga cósmico» que nos despoja de lo accesorio*

*de nuestro ser y nos enfrenta a la Eternidad.*

*Con palabras de San Juan de la Cruz*

*se puede decir que la Muerte es la ruptura del velo*

*que impide el reencuentro con la Luz*

*y con el Amor del Ser de Dios.*

*Así pues, la intención que guía la publicación*

*de estas ideas sobre el envejecimiento*

*y sobre si el desenlace final*

*se podría expresar con aquella frase con la que Cicerón*

*comienza su ya citado Libro sobre la vejez, frase que dirige*

*a su amigo Tito Pomponio Atico:*

*«Oh, Tito, si mi ayuda aliviare en algo el cuidado que*

*clavado en tu corazón te acongoja ahora, ¿qué premio*

*me darías?»*

*Pero lejos de mí pedir un premio. Sólo quiero,*

*como ya he dicho, aliviar el temor a la Muerte que muchas*

*personas de edad avanzada llevan clavado en su alma.*

*Si lo consigo me consideraré suficientemente*

*recompensado.*



FOTO JOSEF BALLESTER

Envejecer es hacerse viejo y viejo es la persona pasada por la edad, rica en años pasados pero pobre en años venideros.

## EL FENÓMENO FUNDAMENTAL DEL ENVEJECIMIENTO ES LA CONSUNCIÓN DEL TIEMPO EXISTENCIAL

El proceso del envejecimiento es sumamente complejo y puede ser descrito desde diversas perspectivas. Por ello hay una Biología Médica, una Psicología, una Psiquiatría, una Sociología y una Antropología Cultural del envejecimiento. Yo trataré este tema desde la reflexión

\* Agradecemos a Folia Humanística y al autor, PEDRO GÓMEZ BOSQUE, su colaboración al permitirnos publicar este artículo que aparece en Folia Humanística 1995; 33 (345): 269-286.

filosófica existencial haciendo hincapié sobre lo que se olvida con frecuencia, a saber:

*Que el envejecimiento afecta de modo primario a la temporalidad del individuo humano encarnado. Esta afectación es un agotamiento del tiempo existencial finito, agotamiento que significa aproximación a la Muerte.*

Advierto al lector que esta última frase la repetiré varias veces a lo largo de este ensayo, pues lo que afirmo en ella es tan importante para entender a fondo el proceso del envejecimiento que me veo obligado a insistir sobre este hecho.

Para explicar debidamente lo que acabo de señalar haré una breve excursión sobre la etimología de la palabra *envejecer*.

Envejecer es hacerse viejo y viejo (o vieja), según su etimología, es la persona pasada por la edad, la persona rica en años pasados pero pobre en años venideros.

También puede decirse que viejo es aquel que ha quedado marcado por el paso de los años.

*Así pues, envejecer es el pasar de los años, de nuestros años. El pasar y el correr del tiempo, de nuestro tiempo.*

Ahora bien, este nuestro tiempo tiene hacia adelante una cota irrebable: la Muerte. Por eso el correr del tiempo, el envejecer, es aproximarse a la Muerte y en cuanto tal es consunción y acabamiento del tiempo personal.

Por cierto, a este respecto, conviene recordar algo que ha sido descrito magistralmente por Heidegger:

Que la Muerte, el acontecimiento escatológico de nuestra biografía personal, es algo que forma parte de nuestro ser desde que empieza la vida. Es un acontecimiento venidero pero que ya está presente en nosotros ahora, en este momento concreto de nuestro existir. Dicho de otro modo, y en primera persona para que la frase tenga mayor vigor expresivo, *yo soy ahora ya mi muerte, mi fin*. Por eso me puedo relacionar con ella, puedo tomar postura ante ella. Es más, mi relación emocional con ella se establece a través de la angustia que, en cuanto tal, es *sentimiento de mortalidad* (como ya lo dijo Miguel de Unamuno).

Si llamamos «morir» a la aproximación hacia nuestra Muerte, *que ya somos ahora*, entonces se puede decir que vivir es morir. Quevedo ha expresado magistralmente este *vivir muriendo* cuando dice:

«Es la vida un dolor en que se empieza el de la Muerte, que dura mientras dura ella. Antes empiezas a morir que sepas qué cosa es vida.»

## ALGUNOS INTERROGANTES

Partiendo de esta idea según la cual el proceso básico del envejecimiento hay que buscarlo en la *consunción del tiempo vivido o tiempo experimental* dedicaré sucesivos apartados a responder a los siguientes interrogantes:

### *¿Cómo se expresa en el cuerpo el agotamiento del tiempo existencial?*

Con este interrogante entramos en el campo de la biología del envejecimiento y para responder debidamente a él habrá que dilucidar dos fenómenos corporales interrelacionados, a saber: la *involución o atrofia* de los órganos somáticos y la *programación genética del envejecimiento y de la muerte*.

### *¿Qué es, realmente, el tiempo existencial a diferencia del tiempo objetivo? ¿Cuáles son sus horizontes?, y sobre todo, ¿en qué consiste el pasar de los años o fluir del tiempo que nos envejece y que nos lleva al umbral de la Muerte?*

Finalmente, en un magistral ensayo titulado *Muerte y Supervivencia*, Max Scheler considera que en el instante de la Muerte la *Persona* no se comporta pasivamente sino

---

“El proceso básico del envejecimiento hay que buscarlo en la consunción del tiempo vivido o tiempo experimental.”

---

que realiza un acto de *desencarnación* gracias al cual se desvincula de su cuerpo y de su mente para sobrevivir más allá de ese momento final de su vida encarnada. Esta concepción de Max Scheler nos obliga a preguntarnos:

### *¿Qué hace la Persona en el momento de la Muerte? ¿En qué consiste su desencarnación activa?*

Por último: *¿Qué fenómenos o datos de observación apoyan la tesis de Max Scheler y cómo hay que concebir la Muerte desde una perspectiva religiosa?*

## DE CÓMO LA CONSUNCIÓN DEL TIEMPO, CARÁCTER FUNDAMENTAL DEL ENVEJIMIENTO, SE EXPRESA EN LA CONSUNCIÓN CORPORAL

### La programación genética del envejecimiento y de la muerte

En el segundo apartado de mi ensayo he dicho que envejecer es, primariamente, agotar el tiempo existencial y que la Muerte está inscrita en nuestro ser como posibilidad futura que ya somos ahora.

Pues bien, el agotamiento progresivo e imparable de la temporalidad se refleja en el cuerpo que también se consume como expresión de la consunción temporal.

Por lo demás, el hecho ontológico de que la Muerte forma parte de nuestro ser explica que ella también está presente en nuestro cuerpo viviente. En efecto, hoy sabemos que en las células corporales existen genes *suicidas* que se activan en un momento determinado de la vida y que inducen su destrucción. Existe, por tanto, una programación genética del envejecimiento y de la Muerte.

Veamos, con algún detalle, lo que ambos fenómenos implican.

Los signos fundamentales de la consunción del cuerpo por efecto del envejecimiento son la *atrofia* de las estructuras somáticas y la *debilitación* de sus funciones. Ambos síntomas juntos son designados como involución corporal.

A continuación cito algunos ejemplos de involución somática:

Los *músculos voluntarios* pierden progresivamente sus fibras contráctiles y de este modo se debilitan las fuerzas y el vigor físico característicos de las personas jóvenes.

La *mucosa del tubo digestivo* se adelgaza porque paulativamente desaparecen sus elementos *nobles* (células secretoras) y por ello disminuye la capacidad normal de digerir. Las digestiones de las personas de edad avanzada son lentas y laboriosas y baja, generalmente, su apetito.

Las *células cardíacas que mantienen el ritmo básico normal* del corazón disminuyen y el corazón del anciano o de la anciana late más lentamente. Además, sus *fibras contráctiles* degeneran y las contracciones cardíacas son más débiles, lo que trae como consecuencia la insuficiencia circulatoria.

Para terminar estos ejemplos de involución corporal me referiré brevemente a lo que sucede en el *cerebro* afectado por el envejecimiento normal. Lo más importante es la disminución progresiva (desde los 35 años) de las neuronas y de las sinapsias interneuronales ubicadas en la corteza cerebral. Como consecuencia de ello el cerebro pierde peso, pérdida que en las personas *mayores* puede alcanzar el 7% o el 8% del peso cerebral de la persona adulta joven. Otro signo externo de la muerte neuronal es el adelgazamiento de las circunvoluciones cerebrales, el ensanchamiento de los surcos que existen entre ellos y el aumento del volumen de las cavidades ventriculares (ocupadas por líquido cefalorraquídeo). Toda esta atrofia material se acompaña del debilitamiento de las funciones mentales relacionadas con la actividad del cerebro, especialmente de la memoria.

En la actualidad existen varias hipótesis biológicas para explicar el proceso del envejecimiento. Entre estas hipótesis dos de ellas son las más aceptadas, a saber:

Para unos, el *envejecimiento se produce por acumulación casual de mutaciones de los genes, mutaciones defectuosas que serían producidas*, entre otros factores, por el aumento de *radicales libres de oxígeno* en el interior de las células.

Pero la teoría más aceptada es la que afirma que el *envejecimiento y la muerte natural están producidos por genes suicidas que destruyen las células corporales a partir de un momento determinado de la vida* (que puede ser distinto para cada órgano).

En el *desarrollo embrionario* es evidente la existencia de la muerte parcial genéticamente programada de ciertos grupos celulares. Gracias a este proceso se *esculpe* la configuración y la estructuración definitivas de los órganos corporales.

Citaré un ejemplo entre muchos: en un momento de la vida del embrión ya están definidos los dedos de la mano pero estos dedos primitivos están unidos entre sí por *membranas interdigitales*. Pues bien, la muerte sin-

crónica de las células que forman estas membranas hace desaparecer el tejido embrionario que unía a los dedos y gracias a ello estas importantes estructuras se liberan y cobran individualidad. Hoy se sabe que tal muerte sincrónica no se produce al azar sino por la activación, igualmente sincrónica, de genes de las células destinadas a morir y que hasta ese momento habían estado *dormidos*.

Otro ejemplo de muerte celular individual producida por órdenes que se originan en ciertos genes es la *apopto-*

---

“La teoría más aceptada es la que afirma que el envejecimiento y la muerte natural están producidos por genes suicidas que destruyen las células corporales a partir de un momento determinado de la vida.”

---

*sis* celular provocada por algunas bacterias que penetran en las células *infectadas* y activan genes que provocan la síntesis de moléculas proteicas deletéreas, moléculas que producen degeneración y la muerte de las células en cuestión.

En lo que respecta a la *programación genética del envejecimiento global del organismo* se admite que actúa provocando en primer lugar la involución del timo, rector de los procesos inmunitarios, involución que comienza después de alcanzada la madurez sexual y que progresa con la edad. La involución del timo trae consigo una alteración progresiva del sistema de defensa contra bacterias y virus. Este sistema pierde eficacia y por eso en la persona de edad son frecuentes las infecciones. Pero además se *equivoca* de objetivo y en lugar de atacar elementos extraños que entran en el organismo desde fuera ataca a las células del propio cuerpo y por este mecanismo de *autoinmunidad* se producen múltiples lesiones degenerativas en diferentes órganos con el consiguiente desgaste de los mismos, esto es, como ya hemos visto, desaparición de sus elementos nobles y debilitación de sus funciones.

Desde esta perspectiva el *envejecimiento general* puede ser considerado como una «*enfermedad autoinmunitaria, crónica y progresiva que termina produciendo la muerte*».

Para terminar estas consideraciones biológicas recuerdo al lector, o a la lectora, que muchos han sabido expresar con hondura la tristeza y la aflicción que asaltan a las personas de edad avanzada cuando experimentan la debilitación y la falta de vigor de su cuerpo envejecido.

Así lo ha hecho Esquilo en su tragedia *Agamenón*. Al comienzo de ella un coro de ancianos, que narran lo que sucede en su ciudad, se expresan de este modo a propósito de su incapacidad corporal que les ha impedido incorporarse a la expedición contra Troya:

«En tanto, nosotros, privados de seguir la generosa expedición por causa de esta vieja y despreciable carne que ya no puede pagar su tributo, permanecemos aquí, sustentando en un báculo nuestras fuerzas flacas como las de la infancia... Cuando el verdor de los años se ha marchitado ya, la vejez decrepita, seca y sin hojas, va

haciendo su camino sobre sus tres pies, sin más fuerzas que un niño y arrastrándose con incierto paso a modo de un sueño que anduviese vagando en pleno día.»

Para los que así se entristecen les recomiendo que lean el apartado XI del *Libro sobre la Vejez*. En él, el gran estoico romano se enfrenta a este molesto síntoma de la edad avanzada y desarrolla valiosos pensamientos que pueden serenar y tranquilizar el alma de los que sufrimos esa fatiga crónica del cuerpo envejecido.

## ANÁLISIS DE LA TEMPORALIDAD EXISTENCIAL; LOS HORIZONTES TEMPORALES

En los apartados precedentes sobre el problema del envejecimiento he dicho que envejecer es la *consunción de nuestra temporalidad finita* y, por tanto, el *pasar del tiempo*. Ahora explicitaré con cierto detalle lo que implica esta afirmación.

Pero antes de seguir adelante debo decir que el tiempo de que voy a tratar no es el *tiempo cósmico, astronómico* u *objetivo*, cuyo correr se mide con calendarios o relojes, ni tampoco el *tiempo interpersonal o social*. Me ocuparé más bien del tiempo individual, *tiempo existencial* o *tiempo vivenciado* que forma la substancia recóndita del ser de cada individuo humano particular y encarnado.

El *tiempo existencial* fue considerado por San Agustín en el libro XI de sus *Confesiones* y todo el que quiera conocer a fondo el significado de este concepto debe leer la genial obra del fundador de la Filosofía occidental cristiana.

Durante muchos siglos la noción de *tiempo vivenciado* se desvaneció de la reflexión filosófica y hay que llegar hasta Kant para encontrar ideas similares. En efecto, es sabido que para Kant el tiempo (al igual que el espacio) es una forma pura de la intuición sensible. Ahora bien, la intuición es un modo de conocer y por tanto el tiempo es algo que pertenece al sujeto cognoscente, no al objeto conocido. El sujeto, en el acto de conocer, *arroja* sobre el mundo el *velo* de su temporalidad.

Desde mediados del siglo pasado, y en todo lo que va de siglo, se afianza la idea de que el tiempo es algo inscrito en el ser de la persona y muchos pensadores retornan al concepto agustiniano de la temporalidad. Entre estos pensadores que reflexionan sobre el *tiempo existencial* resaltan, entre otros, Kierkegaard, Unamuno, Bergson, Scheller, Lavelle, Minkowski y sobre todo Heidegger.

En las líneas que siguen me apoyaré especialmente en las ideas de San Agustín y de Heidegger para intentar aclarar la naturaleza de este tiempo existencial, reflexionando, en primer lugar, sobre los *horizontes* o *dimensiones* del tiempo y luego sobre su *transcurrir*.

Es sabido que *futuro, presente y pasado son los tres horizontes temporales*. Pues bien, al indagar el significado vivencial o existencial de estas palabras, guiados por San Agustín, descubrimos que estas dimensiones temporales se dan en el alma de la persona y que por ello San

Agustín puede decir que «el Alma es la madriguera del tiempo».

En efecto, *¿qué es realmente el futuro?* La *expectación presente de lo venidero*. No lo venidero, sino la espera confiada o tensa de ello.

Y, *¿qué es el pasado?* *Memoria presente de lo que fue*. No lo que fue sino el recuerdo sereno o triste de lo que nos aconteció.

---

“Entre nacimiento y muerte, que limitan la vida del individuo humano y forman parte de su ser, transcurre su vivir envejeciendo, esto es, se produce el pasar de los años o el correr del tiempo.”

---

Finalmente, *¿qué es el presente?* Atención presente a lo actual.

Obsérvese que de acuerdo a esta concepción existencial del tiempo ni lo venidero, ni lo pasado, ni lo actual tienen existencia propia e independiente de la subjetividad humana. Si no hubiera un yo que *expecta*, que *memoriza* y que *contempla* o *presencia* no habría acontecimientos venideros, ni pasados, ni presentes. Sólo habría un momento puntual y sin dimensiones en el que las cosas y los sucesos carecerían de *marca* temporal propia-mente dicha.

La consideración atenta de este *modo antrópico* de concebir el tiempo nos permite sacar consecuencias que aclaran algunas afirmaciones que ya he hecho en líneas precedentes, a saber:

Que *expectación* (o espera), *memoria* (recuerdo) y *atención* de lo venidero, de lo pasado y de lo actual, respectivamente, que constituyen los horizontes temporales, son fenómenos que pertenecen al ámbito de la conciencia y que por ello tiene razón San Agustín cuando al preguntarse *¿dónde está el tiempo?*, responde:

«Lo que ahora se me aparece claro y evidente es que ni el futuro ni el pasado, ni el presente son. Impropiamente, pues decimos: los tiempos son tres: pretérito, presente y futuro. Con mayor propiedad se diría acaso, los tiempos son tres: *presente del pasado, presente del presente y presente del futuro*. Estas tres modalidades están en el Alma. En otra parte no les veo. Memoria presente de lo pasado, intuición presente de lo presente, expectación presente de lo futuro. Si se me permiten estas expresiones entonces yo veo tres tiempos y reconozco su existencia. Si, los tiempos son tres» (...y están en el Alma).

Otra observación importante es la siguiente: en las descripciones agustinianas de los horizontes temporales se insiste sobre la primacía del presente, ya que éste abarca en sí la expectación de lo venidero, la memoria de lo que fue y la atención a lo actual. Como luego veremos, en la concepción objetiva del tiempo el presente (momento, instante) es un punto sin dimensiones, un átomo temporal que excluye de sí lo venidero y lo pasado que son rechazados a la obscuridad e indistinción de la nada. En cambio, en el concepto existencial, el presente es un ámbito con dimensión que abarca en sí todo el lapso de

tiempo que dura la vida de la persona desde que ésta nace hasta que muere. Este ámbito presente, que no pasa mientras la vida persiste, tiene tanta importancia en la estructura de la temporalidad que algunos pensadores prefieren para referirse a él el término de *presencia total*. En el seno de esta *presencia estante* (no fluyente) se lleva a cabo el movimiento continuo de la temporalidad del individuo: lo venidero que se hace presente un fugaz instante para hundirse luego en la obscuridad de lo que fue.

En el próximo párrafo, volveré sobre este aspecto del fluir temporal. Ahora me interesa insistir en lo siguiente:

La *presencia total* abarca en sí las tres dimensiones temporales y como ella está inscrita en el Alma esto significa que el Alma está como distendida entre el punto inicial y el punto final de la vida del individuo humano. Este hecho es designado por San Agustín como *distensión del ánimo* y por Heidegger como *distensión del existente humano*.

Utilizando los términos de San Agustín esto quiere decir que mientras un individuo vive, su Alma está *aquí* (en el presente puntual) pero también *allá* (en lo venidero y en lo pasado). Dicho de otro modo: el Alma «es» los tres horizontes temporales a la vez y los mantiene en el ser. Ello significa (como ya he tenido ocasión de decir) que el individuo humano, en cualquier momento de su existencia, *es ya su Muerte* venidera y *aún es* su nacimiento pasado. Y entre estos extremos que forman parte de su ser transcurre su vivir envejeciendo, esto es, se produce el pasar de los años o el correr del tiempo.

Para terminar no me resisto a citar someramente la concepción unamuniana del tiempo, pues el genial existencialista español ha expresado magistralmente la *subjetividad* del tiempo, esto es, su vinculación a la conciencia de la persona, más aún, el amor, pues el amor, dice el autor de *El sentimiento trágico de la vida*, tiene una forma misteriosa que es el tiempo:

«Atamos el ayer al mañana con eslabones de ansia y no es el ahora, en rigor, otra cosa que el esfuerzo del antes por hacerse después; no es el presente sino el empeño del pasado por hacerse porvenir.»

## ANÁLISIS DEL TIEMPO EXISTENCIAL: EL CORRER DEL TIEMPO, EL PASO DE LOS AÑOS

Al término del párrafo precedente decía que entre los dos extremos, nacimiento y muerte, que limitan la vida del individuo humano y que forman parte de su ser, transcurre su vivir envejeciendo, esto es, se produce el *pasar de los años o el correr de su tiempo*.

Ahora debemos preguntarnos: *¿En qué consiste el paso del tiempo?*

Antes de responder a este interrogante recuerdo al lector que muchas personas sienten este paso como una influencia rapidísima por lo que la vida cobra el carácter de algo fugaz y transitorio.

Los poetas son especialmente sensibles a la fugacidad del tiempo y nadie mejor que Jorge Manrique ha sabido

lamentar con profundidad poética cuán deprisa pasa el tiempo. En la memoria de todos está el comienzo de las coplas a la muerte de su padre en el que expresa su angustia por la huida imparable del tiempo:

«Recuerde el alma dormida, avive el seso y despierte, contemplando como se pasa la vida; como se viene la muerte tan callando...»

También Jiménez Lozano ha experimentado la melancolía que brota de la vivencia del veloz fluir del tiempo. En *Tantas devastaciones* hay bellísimas poesías que expresan esta vivencia de modo magistral. No puedo analizar todas pero no me resisto a transcribir algunos versos de *Última Necat*. En una parte de este poema, Jiménez Lozano se interroga sobre el tiempo («pero el tiempo, ¿qué es?»).

«Ah! mira: El tiempo es esa arruga. El miedo de un día más. Este torpor en el camino. Esa agudeza de oído con que escuchas cómo se precipita como una catarata, y tú estás al borde.»

Vengamos ahora a la consideración filosófica de este fenómeno.

En la concepción objetiva del tiempo el paso de los años es considerado desde una perspectiva que hace de este fenómeno un enigma incomprensible.

“Correr el tiempo es transformar años posibles en años actuales.”

En efecto, para este modo de concebir la fluencia temporal el futuro *aun-no-es* y el pasado *ya-no-es*. Sólo *es* el ahora, el momento presente. El fluir del tiempo, es, por tanto, un paso de la nada (futuro) al Ser (presente puntiforme) y del ser a la nada (pasado).

El tiempo es así una sucesión continua e indefinida de *momentos presentes* que salen de la nada del futuro y que entran velozmente en la nada del pasado.

En esta concepción se esconde una paradoja difícil de solucionar, paradoja que ha sido formulada magistralmente por San Agustín en sus reflexiones sobre la expresión *tiempo largo* aplicada a diferentes segmentos de tiempo (*cient años presentes, un año presente, un día presente, etc.*)

Así, si consideramos una hora nos percataremos de que ella (dice San Agustín) «se descompone en partículas fugitivas; todo lo que de ella voló es pasado, lo que le falta es futuro. Si se concibe un punto en el tiempo que no pueda dividirse en partes diminutísimas, éste es el único que puede llamarse presente. El cual, no obstante, pasa en vuelo tan raudo y tan fugaz del futuro al pasado que no tiene extensión de duración. Pues si tuviese alguna extensión se dividiría en pasado y futuro».

He aquí la paradoja implicada en el concepto objetivo de la fluencia temporal: un segmento temporal parece estar formado, en último término, por la sucesión de unidades que no tienen duración y que por tanto no pueden ser consideradas como unidades temporales. A pesar de

ello la suma de unidades temporales daría como resultado un lapso temporal.

A diferencia de este concepto del tiempo como fluir de momentos no temporales, la consideración existencial afirma que lo que llamamos *correr del tiempo* es un *cambio de la modalidad del ser*. Este concepto ha sido bien expresado por Heidegger en *Ser y Tiempo*. Sus ideas complementan las de San Agustín y me parece oportuno comentarlas, con cierta extensión, aun a costa de repetir nociones ya expuestas con anterioridad.

Para Heidegger *existir* (vivir) es un *esfuerzo para convertir lo posible* (o potencial) *en lo actual* (lo que está en acto) *a través del presente*.

A este respecto conviene tener en cuenta que las posibilidades convertibles en realidades actuales son de dos tipos diferentes, a saber: *posibilidades temporales* y *posibilidades esenciales*.

Esta distinción es importante porque, el correr del tiempo, como cambio de modalidad, afecta a nuestras posibilidades temporales.

En efecto, en el ámbito de nuestro ser están inscritos nuestros años posibles venideros y nuestros años pasados ya vividos, eso es, actualizados. Tanto unos como otros son porque nosotros los somos. Los venideros *ya son* y los pasados aún son. Pues bien, insisto una vez más, *correr el tiempo es transformar años posibles en años actuales*. Y como el *stock* de años posibles venideros es finito y tiene un límite esto significa consumir el tiempo disponible. Tal es como ya dije varias veces, la naturaleza profunda del envejecimiento: consumir nuestro tiempo y, como consecuencia de ello, consumir nuestro cuerpo y aproximarnos irremisiblemente a la Muerte.

Por fortuna algo muy distinto sucede con las *posibilidades esenciales*.

Las *posibilidades esenciales* son aquellas potencialidades humanas (individuales, colectivas o cósmicas) que podemos convertir en realidades actuantes. Por ejemplo: por el mero hecho de nacer como seres humanos pode-

---

“Por muy mayores que seamos siempre seremos capaces de repetir a diario el misterio de las relaciones amistosa y amorosa con los otros.”

---

mos llegar a ser capaces de hablar, de sentir el encanto de una poesía, la fascinación de una pintura, el misterio de una sinfonía, de amar, de admirarnos del mundo que nos rodea y anhelar conocerlo, de sentirnos atraídos por lo Divino, etc., etc.

Es preciso tener en claro que estas posibilidades son inagotables de por sí y que su actualización no supone consunción de la vida. Por muy *mayores* que seamos (mientras nuestro cerebro no enferme) siempre seremos capaces de «repetir» a diario el misterio de las relaciones amistosa y amorosa con los otros. Es más, en este caso, el paso del tiempo enriquece nuestro ser.

Si aplicamos aquí los conceptos desarrollados por

Martin Buber para caracterizar la conexión de un ser humano con los seres que le rodean (personales o no personales) podemos decir que las personas mayores llevamos una gran ventaja a los jóvenes, a saber: que al haber vivido más tiempo hemos tenido más oportunidades para *encontrarnos con los otros* y tales encuentros quedan ya para siempre grabados en nuestra alma.

He aquí nuestra riqueza indestructible por el paso del tiempo y he aquí también uno de los motivos profundos que nos permiten sentirnos alegres y felices en los últimos años de nuestra vida.

A este respecto estoy completamente de acuerdo con lo dicho por María de los Santos Alonso Ligerio en su bello ensayo titulado: *La Jubilación: la Edad de Vivir y Crear*. Me parece muy afortunada la descripción que hace de los principales valores que las «personas mayores» (a pesar de la vejez) podemos realizar, realización que da peso y consistencia a nuestro vivir en las postrimerías de nuestra existencia.

Con razón, María de los Santos afirma que la jubilación es la *hora del amor* en su más amplio sentido, *la hora de los amigos, la hora de la esperanza, la hora de agradecer a la vida, la hora de la unión con Dios, la hora de vivir de acuerdo consigo mismo y la hora de participar de forma consciente y activa en nuestra vida general de relación*. No me resisto, para concluir, citar uno de los párrafos más significativos de su ensayo:

«Y así como hay una verdad de todos los días (la humilde verdad cotidiana) hay también (en la edad jubilar) *una belleza de todos los días*: la de un gesto, un capullo, una mirada, un libro, un rayo de sol, un verso, una palabra, una pregunta, una respuesta, unas manos entrelazadas.»

## ¿QUÉ HACE LA PERSONA EN EL MOMENTO DE LA MUERTE? EL SIGNIFICADO DE LA MUERTE DESDE LA PERSPECTIVA RELIGIOSA

El interrogante que encabeza este apartado de mi ensayo sonará extraño para la mayoría de los lectores, pues estamos acostumbrados a concebir la Muerte como algo que nos llega desde fuera, como una violencia que destruye nuestro ser y frente a la cual somos totalmente pasivos.

Sin embargo, Max Scheler, en su ensayo titulado *Muerte y Supervivencia*, ha sabido ver que en el momento de la Muerte la *Persona* se comporta de manera activa. La *Persona* realiza un acto de liberación. Se desliga activamente de su encarnación somato-psíquica por un impulso que le permite trascender y sobrepasar el mundo fenoménico y acceder a la Eternidad. Así pues, toda Muerte, natural o catastrófica, es activa en este sentido.

Para comprender plenamente esta idea de Scheler es preciso, ante todo, tener en cuenta que el término *Persona* significa para él la entidad sobretemporal y sobreespecial que subyace al cuerpo y a la mente y que utiliza a

ambos como instrumento de manifestación en el mundo sensible. La *Persona* no se refiere al ser humano total sino que se aplica exclusivamente a su «componente» metafísico y es equivalente a *Espíritu* (en la terminología de Hengstenberg) o a *Alma* (en la filosofía de San Agustín).

Tras esta aclaración creo que se entenderá mejor lo que quiere decir Scheler cuando concibe la Muerte como un acto de *desencarnación* activa realizado por la persona.

El ilustre pensador alemán llega a esta idea analizando el rasgo esencial de la actividad de la Persona espiritual durante su vida encarnada, actividad que puede ser caracterizada como un *continuo esfuerzo por sobrepasar o trascender los límites impuestos a ella por el cuerpo y por la mente*. Para ilustrar este hecho citaré algunos ejemplos sobresalientes:

La Persona es una entidad sobretemporal. De ella brota, el tiempo existencial pero ella, está más allá de ese tiempo. Al exponer las ideas de San Agustín sobre el tiempo ya he tenido ocasión de decir que el Alma trasciende activamente los límites del momento puntual (del ahora instantáneo) y su ser se distiende entre el extremo futuro (la muerte) y el extremo pasado (nacimiento) de su vida, encarnada. El Alma (la Persona según Scheler) está ahora aquí... pero también allá, expectando lo venidero y memorizando lo que fue. Así pues, esperar y memorizar son actos de sobrepasamiento del momento puntual por el ímpetu de la Persona.

Lo mismo ocurre con el espacio. Nosotros nos relacionamos con que está inmediatamente próximo en el espacio. Pero también nos relacionamos, por medio del pensamiento y de la imaginación, con lo que está espacialmente ausente, con lo lejano.

Más aún, nosotros somos capaces de percatarnos de lo que *no hay* en el reino del ser, tomamos conciencia, de *huecos de no-ser, huecos de nada* y con nuestra inventiva creamos algo que puede tapar esos vacíos ontológicos. Todos los objetos culturales son ejemplos de entes añadidos por el hombre a la naturaleza salida directamente de las manos de Dios y en cuanto tal son un sobrepasamiento de los límites ontológicos. Son *utopías* realizadas.

La superación de límites también se manifiesta, en los *componentes* propiamente espirituales del *fondo endotímico* del ser humano. Con razón dice Lersch que el rasgo fundamental del Espíritu se expresa, en aquellos impulsos, afanes, deseos y sentimientos que manifiestan su tendencia a «*salir fuera de sí y saltar por encima de sí mismo*». Abrirse a los seres del Mundo. Participar en ellos y colaborar en el logro de su perfección y plenitud. Pues bien, este altruismo metafísico, cuya expresión más elevada es el amor, es un rasgo esencial de la Persona.

Otra modalidad de superación y sobrepasamiento de límites se pone de manifiesto en los grados superiores del pensamiento. El pensamiento es un acto de la Persona por medio del cual ésta intenta captar la verdad. Ahora bien, tal actividad está influenciada por emociones y deseos que pueden desviar su curso haciéndola caer en el error. Pero luchando contra estos factores adversos, la Persona, por un acto de autodisciplina, se somete a las leyes lógico-matemáticas y de este modo puede acceder a la ver-

dad. Ahora bien, las leyes lógico-matemáticas pertenecen al mundo ideal y por ello la Persona, al acatarlas, escapa a las leyes que rigen la dinámica de los procesos mentales reales.

Por último, los enigmáticos fenómenos de percepción extrasensorial (telepatía, precognición y clarividencia) parecen indicar que la Persona trasciende los límites espaciales de su cerebro y los límites de su conciencia normal. Estos fenómenos son muy importantes porque arrojan luz sobre la relación entre la Persona y su instrumento psico-corpóreo de expresión en el mundo fenoménico. En otro artículo me ocuparé particularmente de este tema y trataré de dar respuesta a este interrogante:

«¿Existen datos que nos permiten entrever la posibilidad de que la Persona espiritual puede realizar actos de *conocer, querer y sentir* desligada del cerebro y de la mente? Yo creo que sí que hay tales indicios.»

Después de esta breve digresión sobre el comportamiento encarnado de la Persona retomo nuevamente las ideas de Scheler sobre la actitud del Espíritu en el momento de la Muerte. Para ajustarme más a su Pensamiento transcribiré, un tanto modificado, un importante párrafo de su ensayo ya citado *Muerte y Supervivencia*.

«A la naturaleza de la Persona espiritual mientras vive en este mundo (dice Scheler) pertenece el hecho de que por sus Actos» se precipita o se abalanza por fuera y por encima de los límites del cuerpo y de los estados corporales cambiantes.

Por ello podemos preguntarnos: ¿Qué pertenece a la naturaleza esencial de la Persona cuando en la Muerte se destruyen el cuerpo y la mente?

Yo afirmo que en ese momento la Persona actúa exactamente lo mismo que cuando vive encarnada en su instrumento psico-cerebral. Esto es, en el momento de la Muerte, la Persona se impulsa *hacia fuera, por encima y*

---

“Morir la muerte es una acción, un acto del Espíritu; es un acto que pertenece a la serie de actos que realiza la Persona durante su vida aunque este acto sea desencadenado por causas externas de carácter catastrófico.”

---

*más allá* de su cuerpo en descomposición. Y este *abanzarse, este impulsarse* hacia fuera y hacia adelante, más allá de sus limitaciones *corpóreo-psíquicas*, este acto dinámico que pertenece a su naturaleza, será, en el momento de morir, el acto esencial de la Persona. Esta frase no quiere decir que en ese momento la Persona sólo tenga la intención o la esperanza de una continuación de su ser, sino que quiere decir que en el momento de la Muerte la Persona se conoce a sí misma como existiendo más allá de ella.

Dicho de otro modo: la Persona, experimenta para su ser lo que durante la vida encarnada vale para sus actos: independencia con respecto al cuerpo y a los estados de conciencia vinculados al cerebro durante la vida.

«La experiencia inmediata del *superávit* o *exceso* de los actos espirituales de la Persona con respecto a los estados corpóreo-psíquicos y la experiencia del *exceso* de la Persona sobre la unidad corpóreo-psíquica en el acto de morir, constituyen, de por sí, el dato esencial que apoya la idea de la continuación del ser de la Persona más allá de la Muerte.»

«Morir la muerte, es, en cierto modo, una acción, un acto del Espíritu. Repito, *morir la muerte*, es un acto que pertenece a la serie de actos que realiza la Persona durante su vida aunque este acto sea desencadenado por causas externas de carácter catastrófico.»

Goethe ha expresado también reiteradamente esta idea de que cada Muerte tiene que ser muerta en un último acto de la vida. En una conversación con Falk (en 1813), Goethe afirma que la Muerte no puede ser concebida jamás como una violentación por algo externo a nosotros, que a la esencia de la Muerte pertenece que el ser viviente realice por sí mismo el acto de morir. Más adelante, en esta misma conversación, a una pregunta de Falk, Goethe responde:

«El momento de la Muerte se presenta cuando la Mónada principal (la Persona, el Espíritu) que rige a todas las demás libera a éstas de su fiel servicio a ella. Al igual que el surgimiento al ser, considero también al fenecer como un acto autónomo de esta Mónada de la cual desconocemos su verdadera naturaleza.»

Para terminar estas consideraciones deseo añadir algunos comentarios que complementan las ideas de Scheler.

El gran pensador alemán afirma como hemos visto, que en el momento de la muerte la Persona se impulsa hacia afuera, por encima y más allá de su cuerpo en descomposición.

Pues bien, en la actualidad se conocen muchos relatos de vivencias de personas que han estado en el umbral de la Muerte. Entre estas experiencias resalta la travesía de un túnel oscuro en cuyo fondo se percibe claridad. Al llegar al final se sale a un ámbito luminoso y se produce el encuentro con el *Ser de Luz*. Por lo demás, esta experiencia se acompaña de un intenso sentimiento de paz y dicha.

Pues bien, yo me pregunto, ¿no serán estas experiencias la expresión en la mente del agonizante del *salto metafísico* de que habla Scheler? Yo creo que sí.

Al comienzo de este ensayo he dicho que *tras la Muerte la Persona accede a la Eternidad*. ¿Qué puede significar este abandono del tiempo fluyente para pasar a lo Eterno?

En otros ensayos utilicé para expresar este misterio una frase de San Agustín, frase que me conmocionó profundamente la primera vez que la leí en sus *Confesiones* y que la repito con frecuencia, pues creo que es una impresionante interpretación del misterio de la Muerte. Esta frase dice así:

«Oiré y entenderé cómo en el principio hicisteis el Cielo y la Tierra. Escribió esto Moisés. *Lo escribió y se fue. Pasó de aquí. Pasó de Vos a Vos.*»

El paso a la Eternidad es, por tanto, la desaparición del *velo de Maya* y la reexperiencia de que desde siempre y para siempre pertenecemos a Dios y vivimos y existimos integrados en Él.

Finalmente, la Muerte puede ser considerada también como la llegada del Señor a nosotros, llegada que destruye el citado velo de la ilusión cósmica. El Señor llega y se despoja de todo lo que nos oculta su ser para que podamos contemplarle cara a cara. Nadie mejor que Pedro Salinas ha sabido expresar poéticamente (en *Triunfo Suyo*) esta llegada del Señor que es, simultáneamente, la desencarnación de nuestro Espíritu y la epifanía de Dios.

Esta poesía *cripto-mística* de Salinas es tan intensa y bella que no me resisto a copiarla como final de mis reflexiones sobre el envejecimiento.

«No se le ve, pero está detrás, seguro, imperial rostro insufrible, dueño de lo último —Aunque me deje ganar fingidamente un instante, ¡que falsa, siento mi fuerza, que Él me presta contra Él!— Yo lo sé, lo mío no es mío, es suyo —Lo eterno suyo— Vendrá (que bien lo siento) por ello; voy a verle cara a cara: porque ya se está quitando, porque está tirando ya, los cielos, las alegrías, los disimulos, los tiempos, las palabras, antifaces leves que yo le ponía (¡irresistible Luz!) contra su rostro de sin remedio eternidad —El, silencio.»

## BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO LIGERO, M.<sup>a</sup> DE LOS SANTOS: *La Jubilación: la Edad de Vivir*, Asociación Profesores Jubilados de Escuelas Universitarias —Ministerio de Asuntos Sociales— Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1994.
- BUBER, MARTÍN: *Yo y Tú*, Caparrós, editores, Madrid, 1957.
- CICERÓN, MARCO AURELIO: *Catón*.
- ESQUILO: *Agamenón*.
- HEIDEGGER, MARTÍN: *Ser y Tiempo (Sein und Zeit)*, Editorial Neomarius, Tübingen, 6.<sup>a</sup> ed., 1949.
- HENGSTENBERG, HANS-EDUARD: *Philosophische Anthropologie (Antropología Filosófica)*, Editorial Anton Pustet, München-Salzburg, 4.<sup>a</sup> ed., 1984.
- JIMÉNEZ LOZANO, JOSÉ: *Tantas Devastaciones*, Excelentísima Diputación Provincial de Valladolid, Centro de Creación y Estudios Literarios, Fundación Jorge Guillén, 1992.
- LERSCH, PHILIP: *Aufbau der Person (Estructura de la Persona)*, Editorial Johann Ambrosius Barth, München, 8.<sup>a</sup> ed., 1962.
- SAN AGUSTÍN: *Confesiones*.
- SALINAS, PEDRO: «Triunfo Suyo», en *Seguro Azar*, 1924-1928.
- SCHELER, MAX: «Tot und Fortleben» («Muerte y supervivencia»), en *Gesammelte Werke*, tomo X, Editorial Francke-Bern, 1912.
- UNAMUNO, MIGUEL DE: *El sentimiento trágico de la vida*.

# Algunos aspectos éticos del envejecimiento

LH

IV-1

## ÉTICA Y FAMILIA\*

Nicole Delpeérée

**En nuestras sociedades, la familia se encuentra enfrentada con nuevas realidades. El aumento de la longevidad plantea a las distintas generaciones el problema de su reencuentro, y de su interdependencia.**

**No es raro que a una persona de unos 65 años se le encargue ocuparse simultáneamente de un familiar mayor que él y de un niño pequeño.**

**Efectivamente, la longevidad aumenta y las familias que cuentan con cuatro o cinco generaciones son cada vez más numerosas.**

**Es la nueva realidad de la familia, la familia prolongada.**

**Así pues la familia tiene que hacer frente a una mayor demanda de ayuda por parte de sus miembros más jóvenes y mayores.**

**¿Qué respuesta dará la familia a las demandas de las personas mayores? ¿Qué protección de la persona mayor debe prever la familia? Así mismo, ¿cuál será la respuesta de la sociedad cuando la demanda de ayuda de las personas mayores excederá la capacidad de la familia?**

### LAS CUESTIONES DE RELACIÓN

La persona mayor a menudo reacciona con otra visión de la vida. Y, el acercamiento a problemas específicos requerirá con frecuencia, un esfuerzo y comprensión por parte de los miembros de la familia. Además, la familia debe esforzarse por obtener la adhesión, el consentimiento y la cooperación de la persona mayor para cada acción que se lleve a cabo.

Debemos preocuparnos primero de la red de relaciones personales de la persona mayor.

La familia —y si no hay familia, debemos pensar en buscar otro enlace— deberá esforzarse en salvaguardar

toda la red de relaciones personales de la persona mayor, para mantener su ambiente afectivo y de relación.

En el mismo orden de ideas, es importante preservar tanto como sea posible el domicilio y los objetos personales de la persona mayor.

La reducción de algunas capacidades funcionales con el paso de los años es bien conocida, pero, si la familia se cuida de ello, se pueden establecer estrategias de compensación.

Y, la comunicación de la persona mayor en un ambiente favorable y que le dé ánimos podrá compensar, en cierta medida, la reducción de las capacidades funcionales.

### AYUDA JURÍDICA

Igualmente incumbe a la familia el velar para hacer valer, cuando sea necesario, los derechos de la persona mayor, vis-à-vis de las estructuras administrativas —por ejemplo, en las ventajas sociales, la asistencia médica y sanitaria— para salvaguardar su salud y su equilibrio psicológico.

La familia tiene el derecho de exigir, cuando se trate de salvaguardar la integridad personal de la persona mayor.

### PROTECCIÓN JURÍDICA DE LA PERSONA

En el caso de las personas mayores, cuyas facultades de comunicación están alteradas, la familia deberá, de manera aún más importante, asistirles o representarlas.

En una estructura jurídica de protección, deberemos, a la vez, preconiizar una buena cooperación de la familia y dejar la puerta abierta para que la persona mayor pueda tener cierta autonomía, la libertad fundamental de determinarse por ella misma, y de guiar su vida.

\* DELPEÉRÉE, N. *Ethique et famille*. Gérontologie et Société. Cahier 53.

Incluso cuando sus facultades estén disminuidas, la persona mayor debe poder escoger, por ejemplo, su vivienda y sus desplazamientos.

Debemos dejarles unos espacios concretos de decisión.

## PROTECCIÓN DE LOS BIENES

¿Cuál será el rol de la familia en la protección de los bienes?

La persona mayor dependiente pero que puede expresar su voluntad debe, por supuesto, poder guardar el dominio de sus recursos y de su patrimonio,

Y disponer de él según sus deseos.

En caso de una dependencia psíquica, debemos procurarle una protección legal flexible, individual, y modulada.

Entonces el problema consistirá, no sólo en garantizar una seguridad jurídica suficiente, sino también en garantizar toda la autonomía posible a esta persona mayor.

También aquí, la familia tiene un rol muy importante a jugar en la aplicación de la ley del 3 de enero de 1968 sobre la protección de los mayores.

Efectivamente, la familia llamada a pedir una medida de protección de los bienes, deberá hacerlo teniendo en cuenta los intereses legítimos del familiar mayor. Esta demanda de protección no debe ser en ningún caso vejatoria. Debe estar justificada y dejar toda la autonomía posible a la persona mayor para cooperar tanto como se pueda con esta medida de protección.

Una buena apreciación y colaboración de la familia, permitirá reducir lo más posible el peso de la protección, y una capacidad incluso parcial podrá ser un elemento eficaz del tratamiento.

El Derecho debe unirse al interés terapéutico, ya que hoy está demostrado que la privación de toda autonomía impide la curación de una serie de handicaps mentales.

La colaboración de la familia deberá permitir al juez y al médico realizar una verdadera protección de la persona mayor con sus facultades alteradas, y realizará una garantía de su libertad civil.

## VIOLENCIA HACIA LAS PERSONAS MAYORES

La violencia hacia las personas mayores en el seno de la familia constituye para los servicios sanitarios y sociales una cuestión multidisciplinaria.

Se trata de un fenómeno difícil de delimitar y definir. Existe todo un silencio alrededor. Tanto la víctima como el autor de estas brutalidades negarán el fenómeno.

Todas las manifestaciones de violencia en el seno de la familia tienen, no obstante, un elemento común: el abuso de poder.

Alguien abusa de su poder. Por supuesto, estos malos tratos y esta falta de cuidados se pueden explicar por el deterioro físico o moral de la víctima, la persona mayor dependiente.

Otros subrayarán el carácter patológico del autor de la violencia; o el medio familiar más violento de lo normal; o incluso la tensión, el estrés que padece el miembro de la familia que se vuelve violento hacia la persona mayor que cuida, porque no puede responder a este estrés de manera apropiada.

Hay pues también una responsabilidad común en el seno de la familia, para reaccionar cuando una persona mayor es objeto de violencia de parte de un miembro de la familia.

¿Pero, cómo hacer para acabar con esta violencia? ¿Cómo podrá actuar la persona que constata este fenómeno, sin estar obligada, desde el principio a poner en marcha el aparato judicial, con el riesgo de perturbar a toda la familia, incluyendo a la persona mayor? Esto por supuesto en el caso de que no haya urgencia o peligro inminente...

La solución es instaurar enlaces responsables y confidenciales entre la persona que ha descubierto la violencia y la autoridad judicial que eventualmente será la encargada de los trámites.

Efectivamente, hay toda una gama de ayudas que pueden procurarse, como un acompañamiento médico-social, ayudas principalmente sanitarias, sin que sea indispensable recorrer desde un principio a las autoridades judiciales.

Como enlace, se podría proponer una especie de médico confidente habilitado para recibir estas informaciones y que aseguraría la responsabilidad de las medidas y la confidencialidad.

Por supuesto, debería preverse un equipo multidisciplinario que se situara a su lado y bajo su dirección.

Es importante dar toda la información necesaria a las familias para que sepan como reaccionar cuando este fenómeno de violencia se manifieste, y a quien pueden dirigirse.

Esta vigilancia es importante ya que las personas mayores son frágiles y dependientes.

La ética juega aquí un rol muy importante, mientras que el Derecho, a menudo se encontrará desarmado, a la vista de elementos difíciles de apreciar en el dominio de la violencia interfamiliar.

Debemos subrayar la importancia de las medidas de política familiar y social indispensables para ayudar a las familias que atraviesan situaciones difíciles, a disminuir las tensiones y reducir la violencia.

Estoy pensando en ayudas económicas, en los centros de día, en los servicios de ayuda a domicilio y en los servicios de acogida temporal.

Sólo una colaboración estrecha de los médicos, magistrados y servicios sociales con las familias podrá ayudar eficazmente a prevenir la violencia familiar y a encontrar soluciones para ésta.

## FINANCIACIÓN DE LA DEPENDENCIA

Ahora quisiera abordar la cuestión de la dependencia, de la necesidad de ayuda de las personas mayores y de la capacidad de ayuda financiera a la familia.

De forma general, la carga global de la dependencia aumentará con el crecimiento del número de personas mayores de más de 60 años, y del aumento aún más importante del número de personas de más de 85 años.

Por otra parte, en un plan individual, una persona de 60 años podrá encontrarse con cargas muy pesadas si, por ejemplo, se encuentra con dos familiares dependientes.

Teniendo en cuenta esta evolución, podemos decir que *la necesidad de ayuda de estas personas muy mayores excederá las capacidades de ayuda de la familia. ¿Deberá entonces, esta familia escoger entre los familiares mayores y los niños? ¿O, al contrario, la sociedad, enfrentada a esta nueva demanda de ayuda, deberá aportar soluciones?*

*Debemos continuar imponiendo estas cargas a las familias, según la obligación de nutrición del derecho civil, o considerar, como en ciertos países de Europa, en convertirla en una obligación residual para las familias, después de haber instaurado, por ejemplo, un sistema de seguro obligatorio por la pérdida de autonomía.*

También podemos referirnos a esta nueva filosofía del gerontólogo japonés Mikio Mori, para quien la filosofía fundamental del deber filial de la obligación nutricional debería ser modificada, y reemplazada por un deber que incumbiera a las generaciones jóvenes.

El deber de los hijos no ha de ejercerse necesariamente hacia una persona determinada, sino hacia una generación.

Esto es por supuesto independiente de la relación afectiva. Estas cuestiones son muy nuevas y deberían ser sujeto de una reflexión.

En la medida que el Estado o la Seguridad social no asumen esta misión, la familia tiene el deber de continuar asegurando esta carga, incluso si esto se da en detrimento de otros miembros.

Igualmente debe tenerse en cuenta la dificultad de repartir equitativamente esta carga entre los hijos que pueden tener situaciones sociales muy distintas. Así pues, debemos enmarcar esta responsabilidad de las familias en materia de obligación nutricional y prever modelos de soluciones.

Las asociaciones de familiares deberían, a mi entender, reflexionar sobre estos problemas concretos y proponer soluciones aceptables.



# Banc Sabadell

# EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EL ANCIANO\*

**Pablo Simón Lorda**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Magister en Bioética. Instituto Medicina legal.  
Universidad de Santiago de Compostela.

Con la promulgación de la Carta de Derechos y Deberes de los Enfermos en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad de 1986, el consentimiento informado ha entrado definitivamente en el entramado de las relaciones sanitarias de nuestro país. Los contenidos de esa Carta de Derechos son una concreción de derechos constitucionales y, por tanto, tienen un rango normativo alto. Además, está en consonancia con la teoría contractual del negocio jurídico que vertebró nuestro Código Civil, y en la cual el consentimiento es una pieza clave. Asimismo, en el Código Penal el consentimiento de los pacientes juega un papel muy importante, que esta Carta de Derechos no viene sino a apoyar. Sin embargo, además de una obligación legal, e incluso antes que ella, el consentimiento informado es una exigencia ética ineludible del profesional sanitario. Dicha exigencia ha constituido uno de los pilares del desarrollo de la nueva disciplina que denominamos bioética.<sup>1</sup>

Es largo el camino que va desde sus orígenes en la jurisprudencia americana a comienzos del presente siglo hasta su formulación máxima en las Cartas de Derechos de los Enfermos de los diferentes países. En este trayecto, el consentimiento informado se ha ido incorporando al patrimonio ético de la medicina occidental. Como hitos fundamentales de este proceso se encuentran el Código de Nuremberg (1947) y la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial (1964), que introduce

el consentimiento informado como requisito imprescindible de la investigación biomédica, y desde donde se ha difundido a todas las formas de atención sanitaria.

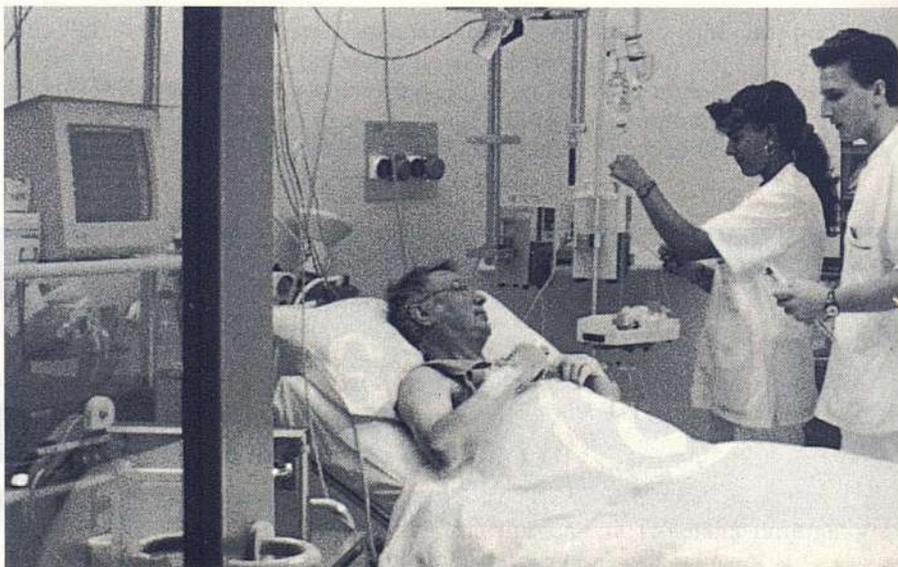
La teoría ética del consentimiento informado constituye el núcleo de una nueva forma de relación médico-paciente, en la que toma protagonismo la autonomía de este último para decidir qué es lo que debe hacerse con su cuerpo enfermo. Así, la relación médico-paciente tradicional, de corte jerárquico, se ve cuestionada por otra más participativa y menos paternalista.<sup>2</sup> El consentimiento informado se entiende por tanto como un proceso gradual que se realiza en el seno de la relación sanitario-usuario, en virtud del cual el sujeto competente o capaz recibe del sanitario una información suficiente y comprensible que le capacite para participar voluntaria y activamente en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Esta participación permite al sujeto aceptar o rechazar determinadas acciones terapéuticas o cuidadoras, en función de los objetivos que él mismo establezca, sin menoscabo de los derechos de los demás.

Resulta por tanto muy importante conocer cómo esta nueva forma de entender la relación sanitario-usuario incide en el tratamiento del paciente anciano. Para ello abordaremos los elementos fundamentales de la teoría del consentimiento informado.

Nos detendremos con una mayor extensión en uno de los aspectos más relevantes para el cuidado del anciano: la problemática de la capacidad.

\* En: RIBERA CASADO, J. M.; GIL GREGORIO, P. *Problemas éticos en relación con el paciente anciano*. (Clínicas Geriátricas; 11.)

Si se entiende el consentimiento informado como un proceso bidireccional de comunicación y toma de decisiones, se contribuirá sin duda a dar mayor calidad a la relación médico-paciente.



## LOS ELEMENTOS RELEVANTES DE LA TEORÍA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la teoría del consentimiento informado puede señalarse tres grandes grupos de elementos: los normativos, las excepciones y las herramientas auxiliares de aplicación.

### Los elementos normativos

Los elementos normativos nos indican los requisitos que el consentimiento informado tiene que reunir para resultar válido.

Estos elementos pueden reducirse a seis:

#### 1. *Carácter de proceso*

El *consentimiento informado* es un proceso que comprende todas las fases de la relación sanitaria. No es, pues, un acto aislado que se reduce a un escueto intercambio de información que culmina con el asentimiento del paciente a que se realice un determinado procedimiento diagnóstico y terapéutico. El objetivo del consentimiento informado no es conseguir la firma del paciente en un formulario. Más bien de lo que se trata es de un permanente estado de comunicación bidireccional, en el que el sanitario está permanentemente dispuesto a ofrecer información, pautas y recomendaciones sobre lo que a su juicio es más conveniente hacer —principio de beneficencia— y a recibir del paciente sus impresiones, expresiones y decisiones sobre lo que el entiende que es lo mejor para él —principio de autonomía—. Se trata pues, de una relación personalizada y personalizante para el paciente que sólo puede acometerse mediante el diálogo franco con él.

#### 2. *Voluntariedad*

Parece lógico que el consentimiento que emite una persona para ser sujeto de algo sólo es aceptable si es libre, voluntariamente otorgado. Sin embargo, es importante señalarlo, porque la voluntariedad de un paciente puede quebrarse de muchas formas. La *coacción*, es decir la amenaza de que si el sujeto no consiente puede sufrir determinados daños directos o indirectos físicos, psíquicos, económicos, etc., puede ser una forma de quebrar la voluntariedad. Sanitarios y familiares pueden usar procedimientos coactivos muy sutiles para obligar a un enfermo a aceptar una intervención quirúrgica o una prueba diagnóstica. El paciente anciano es especialmente susceptible a sufrir este tipo de presiones. Otra forma de violar la libertad de un paciente para decidir es mediante la *manipulación* de la información por parte del personal sanitario, presentándosela sesgada, de tal forma que escoja en una determinada dirección.

#### 3. *Información en cantidad suficiente*

Resulta evidente que el consentimiento sólo es válido si el sujeto lo otorga después de haber evaluado una cierta cantidad de información al respecto. Parece haber bastante acuerdo en que las áreas de información que hay

que cubrir son las relativas a la naturaleza y objetivos del procedimiento diagnóstico o terapéutico, riesgos y efectos secundarios posibles, alternativas plausibles y beneficios esperados de uno y otras. Donde existe mayor debate es en lo relativo a extensión que tiene que tener cada uno de estos apartados. Y el más discutido es el de los riesgos y efectos secundarios. En la jurisprudencia norteamericana se han usado fundamentalmente dos criterios distintos. Uno, llamado del *criterio del médico razonable*, afirma que un médico tiene la obligación de revelar a un paciente aquello que un hipotético médico razonable estimaría adecuado revelar. Un médico razonable es aquel que actúa en consonancia con la práctica habitual de su comunidad científica de referencia. Este criterio ha sido criticado por seguir dejando en manos de los médicos la decisión de lo que el paciente tiene o no derecho a conocer. El segundo criterio se denomina *de la persona razonable*, porque afirma que un médico tiene la obligación de contar a sus pacientes aquello que una hipotética persona razonable desearía conocer si se encontrara en la misma situación que el enfermo. Esta persona razonable desearía conocer aquellos riesgos o muy frecuentes o muy graves o ambas cosas a la vez. Ambos criterios pueden utilizarse aunque el segundo parece más respetuoso con la autonomía de los pacientes, y es quizás el que debe manejarse a la hora de redactar formularios escritos. En cualquier caso, un sanitario siempre debería expresarle a un enfermo su disponibilidad a ampliarle toda la información si así lo desea. Esto es lo que se ha llamado *criterio subjetivo*.

El paciente anciano está poco acostumbrado a la participación activa en la relación y, con mucha más frecuencia que en el paciente joven, es proclive a no preguntar nada y a mostrar actitudes pasivas. Sin embargo, es una obligación ineludible del sanitario el mostrarse dispuesto a proporcionar al anciano cuanta información desee e invitarle reiteradamente a que pregunte detalles sobre su proceso de atención.

#### 4. *Información comprensible para el paciente*

Los sanitarios tienden a utilizar muchos términos técnicos al hablar, lo que dificulta notablemente su comprensión por parte de los pacientes. Un consentimiento sólo será verdaderamente informado si el sujeto ha recibido esa información en un lenguaje asequible para él, de tal forma que se haya garantizado su comprensión de la misma. Esto resulta de la máxima importancia a la hora de elaborar y redactar formularios escritos de consentimiento informado.

En el paciente anciano éste es uno de los puntos que hay que cuidar de forma especial. Los ancianos sufren habitualmente deterioros sensoriales que pueden dificultarles el proceso de comprensión de información, por lo que es especialmente importante asegurarse de que la información se les ofrece de forma asequible para ellos.

#### 5. *Capacidad*

La capacidad es uno de los elementos nucleares de la teoría del consentimiento informado. Además, en el caso

del paciente anciano, es uno de los que con frecuencia resulta más problemático.

Anteriormente nos hemos referido a que la teoría del consentimiento informado tiene que ver con la introducción del principio de autonomía en la relación sanitaria. Pues bien, los términos *autonomía* y *capacidad* no son sinónimos, pero están estrechamente vinculados. La noción de autonomía remite a un atributo del sujeto como ser con la potestad de estar en la vida dándose a sí mismo el sentido y la norma de esa existencia; se refiere, pues, a la aptitud para el autogobierno. Es un concepto de profundas raíces filosóficas que en nuestro ordenamiento jurídico se conoce más como *capacidad jurídica*. Por el contrario, la *capacidad de obrar de nuestro ordenamiento*, o más sencillamente, *capacidad*, se entiende como la aptitud para desempeñar una *tarea* y tiene origen más en el campo de la Psicología que en el de la Filosofía. De hecho, las aptitudes que se requieren para hablar de capacidad suelen ser precisamente *psicológicas* y los cometidos a realizar son, en el caso de los pacientes, los de tomar decisiones respecto al diagnóstico, tratamiento y cuidado de su enfermedad. La *capacidad* es, pues, el lado operativo o funcional de la *autonomía personal*,<sup>3</sup> puesto que marca precisamente el grado de la misma que se le requiere a un paciente para considerar respetables aquellas de sus decisiones que, además, satisfagan los demás requisitos de la *teoría del consentimiento informado*.

La problemática general de la capacidad es bien conocida por nuestro ordenamiento jurídico, tanto en su vertiente Civil como en su vertiente Penal. Sin embargo, lo cierto es que su aplicación al campo sanitario y, en concreto, a la teoría del consentimiento informado es algo que en nuestro país se ha estudiado muy poco. Las preguntas que todo sanitario se hace ante un paciente que toma una decisión son fundamentalmente dos:

- ¿Qué criterios y estándares de capacidad hay que usar?
- ¿Cómo pueden ser medidos y evaluados en un paciente esos criterios y estándares de capacidad?

En España, la investigación al respecto es nula, tanto en el campo jurídico, como en el médico y de la bioética. No se puede decir lo mismo de EE.UU., donde desde finales de la década de los setenta la preocupación de biotécnicos, clínicos y juristas por responder a estas cuestiones ha ido en aumento. No es que se hayan encontrado soluciones definitivas, pero sí que se ha elaborado un cuerpo de doctrina importante al respecto, sobre todo en lo referente a los criterios estándares de capacidad. Es casi seguro que la mayor parte de sus conclusiones son perfectamente trasladables a la realidad española.

■ **La teoría de la capacidad en Estados Unidos.** La *capacidad* en la teoría norteamericana es una noción compleja que además ha ido evolucionando a lo largo del tiempo de forma muy importante y sobre la que tampoco existe un consenso definitivo.<sup>4</sup> No es, por ello, nada sencillo encontrar autores norteamericanos que ofrezcan definiciones objetivas y precisas. Pero podemos a continuación aventurar una, referida a una expresión máxima de la misma. Así, *la capacidad podría describirse como*

*aquel grado de autonomía personal en que el paciente se muestra apto:*

- Para comprender de manera aceptable:
  - a) La información que recibe del sanitario.
  - b) La situación vital real en la que se encuentra.
  - c) Los valores que están en juego.
  - d) Los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno, tanto las beneficiosas como las perjudiciales.
  - e) Que se le pide que tome una decisión.
- Para procesar toda la información anterior y tomar esa decisión y, por último.
- Para expresarla y defenderla adecuadamente, mostrando que es racionalmente coherente (cognitiva y/o emotivamente) con su propia escala de valores.

Muy posiblemente, no todos los autores norteamericanos se mostrarían satisfechos con ella, porque muchos de los elementos que en ella se integran han sido motivo permanente de discusión en la literatura.<sup>5</sup> De todas formas pueden señalarse ocho líneas matrices —algunas rodeadas de polémica— que delimitan el cuerpo de la teoría norteamericana sobre la capacidad:

■ En general, en EE.UU., se admite que una persona no es «incapaz en general», sino «incapaz para realizar tal o cual tarea». Las habilidades requeridas para satisfacer la condición de *capaz* están, pues, *referidas a la realización de una tarea concreta*, que en el caso de los pacientes es *tomar decisiones*. Virginia Abernethy ha defendido que la evaluación de la capacidad de un sujeto no tiene por qué centrarse en la toma de decisiones sanitarias, y que basta con que el paciente se muestre capaz de tomar decisiones en los aspectos generales de su vida diaria para que, automáticamente, deba asumirse que es capaz igualmente para decidir sobre cuestiones sanitarias.<sup>6</sup> Sin embargo, la postura mayoritariamente aceptada es que la capacidad es «decisión sanitaria específica».<sup>7</sup> Esto es importante, porque introduce la idea de que un paciente puede ser *incapaz* para hacer algunas cosas, como redactar un testamento manejar dinero, pero no *incapaz* para tomar decisiones respecto a su atención sanitaria, e incluso más, puede ser *incapaz* para tomar unas determinadas decisiones sanitarias y *capaz* para tomar otras.

■ **Todo participante en la relación sanitaria es, en principio y por definición, capaz para tomar decisiones.**<sup>8</sup> Existe, pues, siempre una *presunción de capacidad* que emana directamente de la consideración de todos los sujetos como seres con suficiente autonomía moral y, por tanto, con las aptitudes necesarias para poder expresar ésta en todos sus actos.

Esto es muy importante, porque entre muchos sanitarios norteamericanos todavía tiene un fuerte arraigo la convicción de que determinados sujetos son *incapaces por definición*. Entre ellos suelen señalarse los toxicómanos, los psicóticos, los demenciados y los deprimidos.<sup>9</sup> Sin embargo, esto no es así. Estos sujetos, y cualquier otro joven o anciano, sólo pueden ser *declarados incapaces*

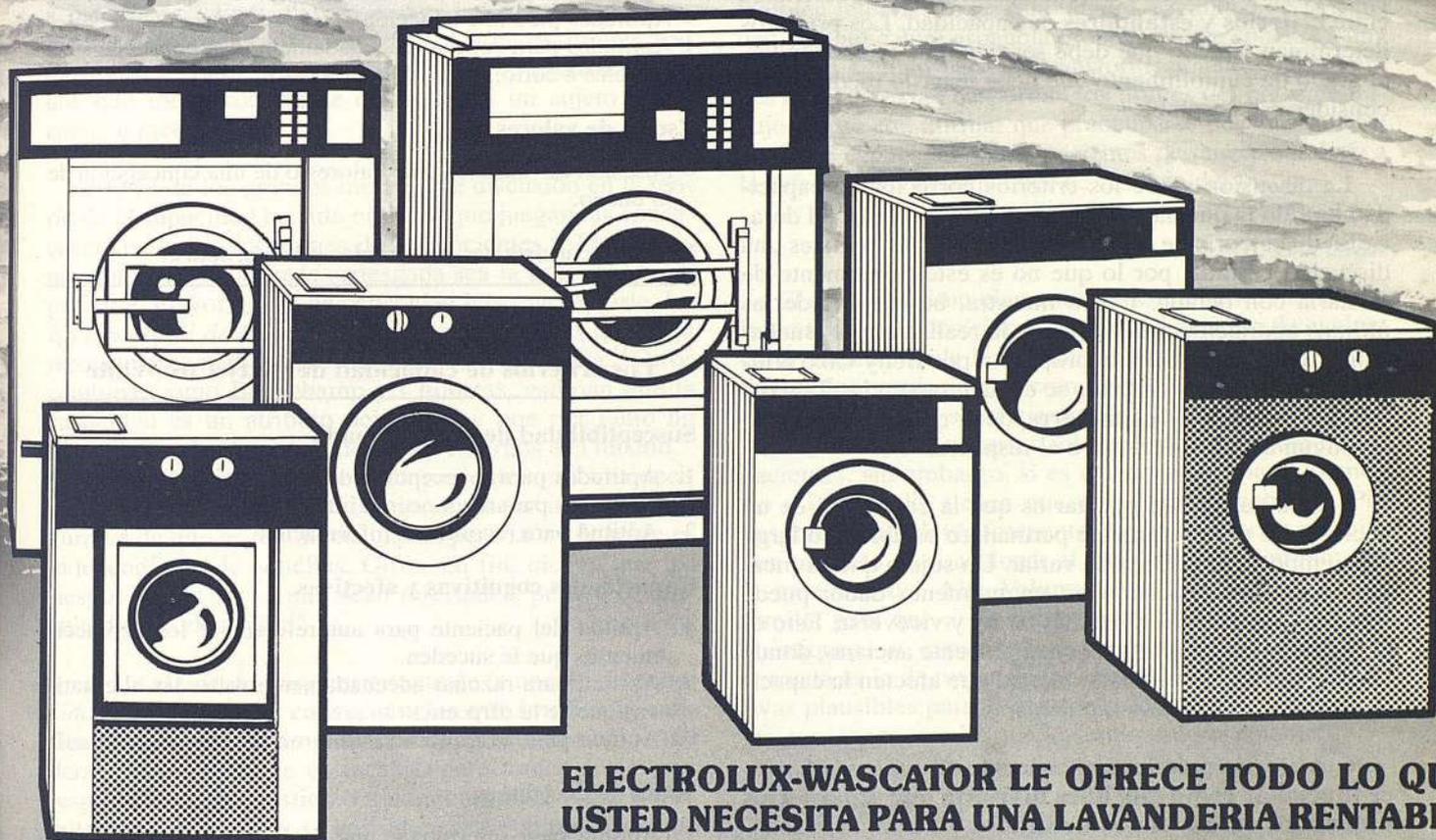
# Nosotros lavamos en el mundo entero

 **Electrolux-Wascator S.A.**

es la marca sueca extendida por los 5 continentes, líder mundial en maquinaria y equipos para lavanderías:

- Lavanderías autoservicio, profesionales e industriales.
- Lavanderías integradas, en hoteles, hospitales, clínicas y colectivos en general.

ELECTROLUX-WASCATOR aplica a sus máquinas la más avanzada tecnología, para obtener el máximo rendimiento de sus equipos al más bajo coste de mantenimiento, facilitando proyecto técnico, completo asesoramiento y adecuado servicio de mantenimiento.



**ELECTROLUX-WASCATOR LE OFRECE TODO LO QUE USTED NECESITA PARA UNA LAVANDERIA RENTABLE.**

**ELECTROLUX-WASCATOR S.A.**

## UN EXTENSO PROGRAMA:

- LAVADORAS-CENTRIFUGADORAS de 7 a 32 Kg. de capacidad, baja velocidad (460 r.p.m.).
- LAVADORAS-CENTRIFUGADORAS de 6 a 80 Kg. de capacidad, alta velocidad (800 a 1000 r.p.m.) ¡SIN ANCLAJES!
- SECADORAS ROTATIVAS de 5 a 45 Kg. de capacidad.
- MAQUINAS CENTRIFUGAS de 8 a 20 Kg. de capacidad.
- CALANDRAS MURALES
- CALANDRAS CENTRALES DE RODILLOS MÚLTIPLES
- PLEGADORAS
- COMPLEMENTOS Y MAQUINAS AUXILIARES

## OFICINAS CENTRALES:

Caballero, 5 y 7  
08014 **BARCELONA**  
Tels. (93) 490 97 03 - 491 02 06  
Fax (93) 490 77 57 - Telex 98667 Wasc E

## DELEGACIONES:

Príncipe de Vergara, 204 (Dup. Post.)  
28002 **MADRID**  
Tels. (91) 563 73 94 - 563 74 54  
Fax (91) 564 57 64

Ercilla, 6  
48009 **BILBAO**  
Tels. (94) 423 40 66 - 424 56 60  
Fax (94) 423 08 72

DISTRIBUIDORES EN TODA ESPAÑA

ces después de una *evaluación específica de la misma*. Esta idea también puede aplicarse a los menores.

■ El nivel de autonomía personal que llamamos *capacidad se define básicamente mediante la presencia o ausencia de un cierto número de aptitudes o habilidades*, fundamentalmente **psicológicas**, que se consideran **presentes en un grado suficiente o aceptable**. La *evaluación de la capacidad en un paciente* consiste precisamente en detectar el nivel de posesión de estas aptitudes en el sujeto en cuestión. Ha existido una tendencia constante entre los autores norteamericanos a reducir estas aptitudes psicológicas a habilidades **cognitivas**, soslayando las habilidades **afectivas**. Pero la tendencia actual es a valorar ambas por igual.<sup>10</sup>

La evaluación de la capacidad no es precisamente una tarea simple, pero se ha visto dificultada en gran medida por la falta de distinción de los autores norteamericanos entre **criterios** y **estándares** de capacidad. Los primeros determinan aquello que debe ser medido; los segundos, el grado de cumplimiento que debe tener lo medido para considerarse aceptable.

La discusión sobre los criterios correctos de capacidad ha sido la que ha articulado en buena medida el desarrollo de la teoría de la capacidad en EE.UU. Y no es una discusión cerrada, por lo que no es éste el momento de relatarla con detalle. Como muestra, basten dos de las últimas aportaciones al respecto, la realizada por Buchanan y Brock en 1989 y la propuesta por Betty Cox White en 1994. Dichos criterios se encuentran en las Tablas I y II. En cuanto a los **estándares**, decir que tampoco existe ningún acuerdo definitivo al respecto.

■ Otra cuestión a resaltar es que la capacidad de un paciente no necesariamente permanece estable a lo largo del tiempo, sino que puede variar. Un sujeto que es incapaz para tomar decisión en un momento dado, puede resultar capaz pocas horas más tarde, y viceversa. Esto es particularmente importante en el paciente anciano, donde las fluctuaciones del estado mental que afectan la capacidad pueden variar muy rápidamente.

■ A efectos prácticos, el concepto de *capacidad* parece **funcionar como una línea divisoria que separa a los individuos en dos clases de sujetos**.<sup>11</sup> De un lado se sitúan los incapaces y de otro lado los sujetos capaces. Y además, todos los individuos calificados de *incapaces* lo son en el mismo grado, exactamente igual que *los capaces*. Indudablemente, esto es una buena medida una ficción porque, al igual que un carpintero puede ser *más o menos capaz* para hacer una mesa, así un paciente puede ser *más o menos capaz* de tomar una determinada decisión. La capacidad, igual que la autonomía personal, puede entenderse como un *continuum* entre la capacidad plena y la incapacidad total. Pero lo cierto es que la realidad obliga a establecer líneas de corte en algún punto. Y lo interesante es comprender que la capacidad funciona, según esta interpretación, respecto a la autonomía personal precisamente como esa línea de corte (fig. 1). Por

TABLA I

**Los criterios de capacidad de Buchanan y Brock**

**Comprensión y comunicación**

- Habilidades intelectuales o cognitivas.  
Aptitudes lingüísticas y conceptuales para recibir, procesar y emitir información.
- Aptitudes proyectivas.  
Imaginación suficiente para vislumbrar como valoraría determinados estados físicos o mentales como resultado posible de determinadas situaciones o decisiones.  
Experiencia vital relevante como sustrato.
- Posibilidades comunicativas.  
Lenguaje hablado, escrito o gestual suficiente.

**Razonamiento y deliberación**

- Aptitudes para el razonamiento probabilístico.
- Aptitudes para la evaluación de alternativas.
- Aptitudes para sopesar adecuadamente las consecuencias posibles a corto, medio y largo plazo.

**Escala de valores**

- Posesión de una escala de valores o de una concepción de lo bueno.

Estables, consistentes y asumidas como propias.

TABLA II

**Los criterios de capacidad de Betty Cox White**

**Susceptibilidad de ser informado**

1. Aptitudes para la recepción de información.
2. Aptitudes para reconocer la información como relevante.
3. Aptitud para recordar la información

**Capacidades cognitivas y afectivas**

4. Aptitud del paciente para autoreferenciar los acontecimientos que le suceden.
5. Aptitud para razonar adecuadamente sobre las alternativas que se le ofrecen.
6. Aptitud para jerarquizar las diferentes alternativas.

**Toma de decisiones**

7. Aptitud para seleccionar una de las opciones posibles.
8. Aptitud para hacerse cargo de la decisión tomada y reafirmarse en ella.

**Revisión crítica del proceso de decisión**

9. Aptitud para contarle a otro cómo y por qué ha tomado una determinada decisión.

debajo de ese umbral, el grado de autonomía personal de un sujeto se considera insuficiente para tomar decisiones; a estos sujetos les llamamos *incapaces*. Es decir, la capacidad marca el *estándar* de autonomía personal suficiente para decidir.

Por el contrario, por encima de esa línea se considera



Fig. 1. La capacidad como umbral de la autonomía personal suficiente para decidir.

que el grado de autonomía personal es suficiente; hablamos entonces de *sujetos capaces*.

Pero esta noción de umbral de capacidad tiene también sus detractores. Becky Cox White, por ejemplo, se opone a ella con rotundidad, afirmando que las cosas tienen que ser más flexibles, porque en la práctica las situaciones son mucho más complejas y no permiten esa clasificación tan simple y ficticia de los sujetos en *capaces e incapaces*.<sup>12</sup> Para ella, la capacidad sólo puede *graduarse* para cada caso concreto y los casos límites son inevitables. No existen por tanto *umbrales* predeterminados que inequívocamente califiquen a un sujeto como *capaz o incapaz*.

■ Otro de los grandes motivos de discusión en la teoría de la capacidad ha sido el papel que juegan las consecuencias de las decisiones de los pacientes.<sup>13</sup> Para algunos autores, cuanto más arriesgada sea la decisión de un paciente, mayor grado de capacidad hay que exigirle. La *Escala Móvil de Capacidad* de James Drane es quizás la representante más perfeccionada de esta tendencia.<sup>14</sup> Otros cambios, como Beauchamp y Childress, estiman que la capacidad es un atributo del sujeto y que por tanto no depende en absoluto de fenómenos externos a él mismo.<sup>15</sup> Como mucho, aceptan que si un paciente toma una decisión muy arriesgada, ello constituye una invitación a asegurarse de que es realmente capaz, pero su evaluación es independiente de aquéllas. Otros, en fin, niegan que los riesgos de las decisiones sean relevantes, pero sí la dificultad de la decisión.<sup>16</sup>

■ Un elemento muy importante de la noción de *capacidad* se refiere a las **consecuencias que implica la calificación de un sujeto como incapaz**. Cuando se considera que un paciente es incapaz para tomar decisiones respecto a su diagnóstico o tratamiento se le retira a él la potestad de hacerlo y se considera que son otros los que tienen que tomar decisiones en su lugar. El artículo 10.6.b. de la Ley general de Sanidad es bien claro al respecto. Esto inaugura el complejísimo campo de la ética de las decisiones sustitutivas o de representación, que tanta importancia tienen en el mundo del paciente anciano. Pero al mismo tiempo se genera otra responsabilidad, la de procurar por todos los medios restaurar cuanto antes la situación de capacidad para permitir que sea el propio sujeto quien tome las decisiones. El control de medicaciones que puedan interferir en la capacidad del sujeto es especialmente importante en el paciente anciano.

■ Una última cuestión se refiere a **quién debe hacer las evaluaciones de capacidad**. En general, en EE.UU. se

mantiene una actitud más bien pragmática al respecto. Aunque se admite que en puridad las instancias judiciales deberían intervenir en este hecho, lo cierto es que se asume que es una responsabilidad fundamentalmente del médico encargado del enfermo. Muchos médicos suelen pedir auxilio a otros especialistas, especialmente a los psiquiatras. En algunos hospitales norteamericanos, los Comités de Ética o los Consultores Hospitalarios de Ética también intervienen en esta tarea. La realidad de la sanidad y la judicatura española probablemente abocará a una situación similar, pero las transformaciones y matizaciones que ello exige desbordan los límites del presente trabajo. Baste con afirmar que preocuparse por averiguar el grado de capacidad de sus pacientes pertenece sin duda a la esfera de las obligaciones de cuidado del médico.

## 6. Decisión

El sexto y último elemento básico del consentimiento informado es la *decisión*. Después del proceso de evaluación y discusión de la información que se le ha transmitido de forma adecuada y comprensible, el paciente capaz decide libremente si *consiente* o si *rechaza* aquello que se le propone. Los sanitarios toleran mal el rechazo de los pacientes, sin embargo, si es un rechazo capaz, voluntario e informado, tienen que respetarlo plenamente. Por desgracia, es todavía frecuente que los sanitarios reaccionen tratando de coaccionar al paciente, por ejemplo, con la amenaza del Alta Voluntaria, o que presionen a la familia para que a su vez coaccione al paciente, o que cuestionen su capacidad. La actitud que parece más correcta es la de revisar junto con el paciente las alternativas plausibles para el centro sanitario y los profesionales, y escoger aquella que le resulte más aceptable.

## Las excepciones

Junto con los elementos normativos, hay que situar las excepciones. Toda teoría ética se compone de dos partes, las normas que dicen lo que hay que hacer y las situaciones excepcionales en las que resulta legítimo quebrantar esas normas para salvaguardar otros principios que se consideran en ese momento más importantes, como pueden ser, por ejemplo, el principio de *justicia* o de *nomofilia*.

Estas *excepciones* han sido tradicionalmente seis: grave peligro para la salud pública, situación de urgencia vital inmediata; incompetencia o incapacidad del enfermo y ausencia de sustitutos legales; imperativo judicial; rechazo de todo tipo de información por parte del enfermo; y *privilegio terapéutico*. De estas seis, la Ley General de

Sanidad sólo recoge —en el punto 6 del artículo 10— las cuatro primeras.

El *privilegio terapéutico*, a pesar de no haber sido explícitamente recogido por la legislación española, es un buen prototipo de cómo lo que sólo es una *excepción*, es decir, justificable sólo en casos límite y sólo para ellos, tiende a veces a convertirse en norma, es decir, aplicable de forma general y para todos los casos. En nuestro país ha sido uno de los argumentos favoritos de los clínicos para justificar el ocultamiento de información a los pacientes. El *privilegio terapéutico* —cuyo nombre no es del todo correcto— afirma que un médico tiene el derecho de ocultarle información a un paciente si tiene la firme certeza de que su revelación le produciría un daño psicológico grave.

### Las herramientas auxiliares de aplicación práctica

La aplicación práctica de los elementos que hemos señalado anteriormente precisa que el clínico se dote de algunas herramientas auxiliares. Éstas se agrupan en dos grandes bloques:

#### *Herramientas que facilitan el proceso de información*

Estas herramientas pretenden optimizar el proceso de intercambio de información entre el clínico y el paciente. Son dos:

- *Técnicas de entrevista clínica.* En general, los profesionales sanitarios españoles tienen una laguna en su formación en lo relativo a los componentes cualitativos y cuantitativos de una entrevista clínica. La Medicina Familiar y Comunitaria es en nuestro país posiblemente la única especialidad que ha cuidado con esmero todo lo relativo a esta herramienta tan básica para cualquier clínico y tan fundamental para poder hablar de un proceso de consentimiento informado.<sup>17</sup>
- *Soportes materiales de la información: los formularios.* En EE.UU. se han utilizado diferentes soportes para la información, como vídeos o grabaciones pero el más utilizado sigue siendo el formulario escrito de consentimiento informado. En nuestro país se ha entrado en una dinámica de elaboración de formularios escritos de consentimientos en los últimos años, impulsada sobre todo por las Administraciones Sanitarias. Dicha dinámica tiene aspectos positivos por cuanto contribuye a sensibilizar al personal sanitario sobre los derechos de los pacientes. Pero tiene también un lado perverso porque tiende a hacer pensar que el consentimiento informado se reduce precisamente al problema de los formularios.

Un formulario escrito de consentimiento tiene tres funciones que, de mayor a menor importancia, son servir de apoyo en el proceso de información, servir de registro de ese proceso y, por último, colaborar en la protección legal del sanitario. Para cumplir estas funciones, el formulario tiene que ser específico para cada procedimiento

diagnóstico o terapéutico. Además, debe constar de dos partes, una dedicada a proporcionar información veraz y comprensible al sujeto y otra dedicada a consignar las declaraciones firmadas del consentimiento.

La redacción de formularios escritos destinados al paciente anciano debe ser si cabe aún más cuidadosa que para otro tipo de pacientes. Muchos pacientes tendrán dificultades para la lectura comprensiva por lo que el uso de tamaños de letra grande, gráficos y dibujos debe ser considerado prioritario. Algunas aportaciones recientes en EE.UU. insisten mucho en esta idea.<sup>18</sup> El formulario debe serle leído al paciente en voz alta varias veces hasta que lo comprenda y darle tiempo después para que pregunte cosas, pida aclaraciones, se lo piense y tome su decisión. En todos los pacientes es importante no atosigar los procesos informativos, pero en los pacientes ancianos más aún, para evitarles confusiones innecesarias.

#### *Herramientas que facilitan la evaluación de la capacidad*

Ya hemos señalado anteriormente que en nuestro país no se ha realizado una investigación sistemática a este respecto. En EE.UU. se han realizado algunos trabajos, pero ninguno ha conseguido un reconocimiento total.

La evaluación de la capacidad mediante el uso de tests neuro-psiquiátricos ha sido una tendencia muy importante, sobre todo entre los clínicos en ejercicio. El motivo no es otro, probablemente, que el ser manejables, rápidos y, en buena medida, objetivos por cuantificables, valores todos fundamentales en medicina, y en buena medida ignorados en los debates previos sobre capacidad. Pero Buchanan y Brock 19 han señalado certeramente los límites y peligros de esta predisposición al afirmar que estos tests:

- Procuran un análisis muy genérico de la función mental, que no necesariamente está relacionado con la decisión en concreto que el paciente debe tomar.
- Tienen sensibilidades y especificidades variadas, que hay que tener en cuenta.
- Algunos daños neurológicos circunscritos pero relevantes para la toma de decisiones pueden no ser detectados.
- El área afectiva, de tanta importancia para la toma de decisiones es, con frecuencia, ignorada o mal evaluada por estos tests.

Esto no quiere decir que sean inútiles en las evaluaciones de capacidad, antes al contrario. Lo que se afirma —y no se puede sino estar de acuerdo— es que no pueden ser el único instrumento de comprobación de la capacidad.

Decíamos anteriormente que las propuestas de Protocolos de evaluación de la capacidad no han sido muy elevadas. Quizás tres de las más interesantes son el protocolo de preguntas de Kaplan y Price (1989),<sup>20</sup> el sistema de viñetas o escenarios de Fitten (1990) y el Test Hopkins de Evaluación de la Capacidad (1992).<sup>21</sup>

Por haber sido diseñado específicamente para la evaluación del paciente anciano, expondremos brevemente el sistema de Fitten.

## ESQUEMA DEL PROTOCOLO DE CAPACIDAD FITTEN

---



### V3: INICIAR o NO REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR

es una enfermedad crónica no terminal



### V2: Una TORACOCENTESIS: sus RIESGOS y BENEFICIOS



### V1: Un SOMNÍFERO: sus RIESGOS y BENEFICIOS



Sr./Sra./Srta. .... supongamos por un momento que yo soy su médico y usted es mi paciente. Imaginemos también que últimamente tiene usted problemas para dormir. Supongamos que les ha contado a las enfermeras su problema y que le gustaría que le ayudasen a solucionarlo. Las enfermeras me lo han contado y ahora yo he venido a hablar con usted de ello.

Supongamos que yo le digo que quiero darle una pastilla para dormir para que se la tome antes de acostarse. Y que esta medicina posiblemente le ayudaría a dormir mejor durante un tiempo, pero que tras dos o tres semanas este efecto se iría notando cada vez menos. Imaginemos que también le cuento que estas pastillas podrían tener algunos efectos secundarios no deseables. Por ejemplo que durante el día pueden hacer que piense y aprenda más despacio, o que si las toma demasiado tiempo puede volverse adicto a ellas. Esto último quiere decir que si las deja de tomar, entonces se pondrá más nervioso/a y volverá a no poder dormir. Usted puede, desde luego, decidir no tomarse estas pastillas. Pero entonces su actual problema con el sueño se quedará tal y como está ahora.

¿Tiene alguna pregunta que hacer sobre esta historia? ... Ahora se la repetiré otra vez...

A continuación, de las siguientes preguntas sobre esta historia, trate de responder todas las que pueda:

- |   |  |
|---|--|
| 1. ¿Soy verdaderamente su médico?               | 7. ¿Puede producir algún problema esta medicina?     |
| 2. ¿Es usted verdaderamente mi paciente?        | 8. ¿Cuáles son estos problemas?                      |
| 3. En esta historia, ¿qué problema tenía usted? | 9. ¿Que pasará si usted decide no tomar la medicina? |
| 4. ¿Cómo trato de ayudarle/a a solucionarlo?    | 10. Si usted fuera mi paciente, ¿se la tomaría?      |
| 5. ¿Por qué quiero darle a usted una pastilla?  | 11. ¿Me podría usted explicar por qué?               |
| 6. ¿Cree que esta medicina puede ayudarle?      |  |

Fig. 2. Esquema representativo del protocolo de Fitten y contenido de la viñeta 1 (VI). [Fitten, L. J.; Luiscky, R.; Hamann, C. Assessing Treatment Decision-Making Capacity in Elderly Home Residents. *J. A. Geriatr Soc* 1990; 38:1097-1104.]

**El sistema de Viñetas o Escenarios de Fitten.** L. Jaime Fitten es un especialista en psiquiatría geriátrica y profesor de la Universidad de California de Los Angeles, que ha dedicado bastante atención a los problemas de evaluación de la capacidad en los ancianos. Sus primeros trabajos sobre esta cuestión —en colaboración con otros autores, como C. Hamman— se remontan a 1984, pero no ha sido hasta 1990 cuando sus propuestas se han materializado con mayor claridad.<sup>22</sup>

El protocolo de Fitten consiste en presentar al sujeto sucesivamente tres relatos breves descriptivos de otras tantas situaciones clínicas (VI, V2 y V3). Estos tres escenarios o viñetas hacen referencia respectivamente al suministro de un somnífero, la colocación de un tubo de toracocentesis y la realización de una reanimación cardiopulmonar en un paciente crónico pero no terminal. Las viñetas están diseñadas de tal forma que aumente progresivamente, de la VI a la V3, la complejidad, tanto

de la información recibida como de la decisión a tomar. Se espera así que un sujeto incapaz de resolver la VI sea también incapaz de cumplimentar las V2 y V3, y que un paciente que responda a la VI pero no a la V2, no sea capaz de responder a la V3.

Los escenarios se le presentan al sujeto escritos en un lenguaje accesible —ajustado mediante la técnica de Flesch— y, para minimizar el problema del analfabetismo, se le leen en voz alta dos veces. Después de la lectura de cada viñeta, el paciente tiene que responder a una pequeña lista de preguntas estructuradas con respuestas cerradas —o abiertas pero cuya contestación adecuada requiere poco tiempo y contenido—. Estas preguntas indagaban cómo el paciente identifica su rol y el del evaluador, cómo entiende la naturaleza del problema, sus riesgos, alternativas, etc., y cómo llega a una decisión. En la figura 2 se transcribe la Viñeta 1 y las preguntas respectivas. Cada respuesta a dichas preguntas recibe una determinada puntuación, la suma de las cuales proporciona la puntuación final obtenida en cada viñeta. La puntuación de corte que marca si se *aprueba* o se *suspende* la viñeta, viene determinada por las puntuaciones obtenidas al aplicar cada viñeta a una población sana que sirve de grupo control. Para Fitten, una puntuación por debajo del valor mínimo del intervalo de confianza al 99,5 % obtenido en ese grupo control, produce que ese sujeto no supere la viñeta.

En el trabajo del *J Am Geriatr Soc* 1990, por cada viñeta aprobada el paciente obtiene 1 punto neto, de tal forma que se puede puntuar finalmente entre 0 (ninguna viñeta aprobada) y 3 (los tres escenarios superados). Por el contrario, en el artículo de los *Arch Inter Med* 1990, Fitten obtiene una puntuación final ( $V_T$ ) que es la suma de las puntuaciones brutas obtenidas en VI, V2 y V3.

Fitten ha revisado la sensibilidad y especificidad de su instrumento en comparación a otros sistemas de evaluación de la capacidad, tanto directos como indirectos. En concreto ha comparado sus resultados con los obtenidos por el Minimal Test de Folstein, el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMQ), con un cuestionario estandarizado para medir el grado de recuerdo de la información que el sanitario proporcionó al paciente respecto a su participación en el estudio antes de hacerle firmar el formulario de consentimiento informado y finalmente con un peritaje psiquiátrico clásico. La correlación es en general buena, sobre todo cuando las puntuaciones de Fitten son 0, 1 ó 2, pero no perfecta. El poder discriminativo entre los que obtienen puntuaciones de 2 y los que la tienen de 3, parece ser menor. Sin embargo, en conjunto, se trata de un instrumento con mejores valores predictivos que los test cognitivos, de recuerdo o que el peritaje psiquiátrico.

El protocolo de Fitten presenta algunos límites evidentes —más allá de los que pudieran detectarse en el diseño del estudio de validación—. Uno, que es un instrumento diseñado y validado para población anciana y no para población general. Otro estriba en que la evaluación de la capacidad del sujeto se hace en función de casos hipotéticos, no en función de la decisión real que tiene que tomar el individuo. Queda pues la duda de si existirá una buena correlación entre ambas. El tercero es

que, como ya se ha dicho, se centra en las capacidades cognitivas, pero no explora el área afectiva. Por último, Fitten no acaba de decidirse explícitamente sobre el estándar de capacidad a emplear.

No obstante todo lo anterior, el protocolo de Fitten, aunque mejorable, permanece como una de las aportaciones más novedosas y prácticas de la literatura sobre esta materia. Su sistema de viñetas es sencillo de aplicar, tiene un grado de objetividad notable y muestra buena sensibilidad y especificidad. Lógicamente, su aplicación en nuestro medio precisaría de un estudio previo de validación.

## CONCLUSIÓN

El consentimiento informado es ya una realidad en nuestro país y por tanto no puede ser ignorado por los clínicos españoles. Si se entiende de forma adecuada, es decir, como un proceso bidireccional de comunicación y toma de decisiones, sin duda contribuirá a dar mayor calidad a la relación médico-paciente. Si se entiende como un elemento de la medicina defensiva y se reduce al empleo de formularios, a la larga no producirá sino un mayor deterioro de las relaciones con los enfermos. El consentimiento informado plantea nuevos retos a la ya de por sí difícil relación médico-anciano. Exige un renovado esfuerzo del clínico por optimizar todas las formas de comunicación y por sacarle de su apatía. La problemática de la capacidad de los pacientes resulta en el mundo geriátrico especialmente relevante, por lo que son imprescindibles estudios españoles que investiguen con rigor qué criterios y estándares de capacidad hay que utilizar y como diseñar protocolos sencillos y validados de evaluación de la capacidad.

## BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

1. SIMON LORDA, P. y CONCHEIRO CARRO, L.: *El consentimiento informado: teoría y práctica*. Med. Clin. (Barc) 1993; 100: 659-663. 101: 174-182
2. GRACIA GUILLEN, D.: *Los cambios en la relación médico-enfermo*. Med Clin (Barc) 1989; 93: 100-102.
3. BEAUCHAMP, T. L. y MCCULLOUGH, L. B.: *Ética Médica*. Las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona: Labor, 1987.
4. Es importante señalar que en EE.UU. se utilizan dos términos distintos: «competency» y «capacity». El primero tiene un contenido fuertemente jurídico y vendría a ser el equivalente de nuestra «capacidad de obras». El segundo se refiere más bien a los aspectos psicológicos y éticos de la capacidad. Es frecuente que los autores norteamericanos los utilicen indistintamente, pero el más usado es, con diferencia, «competency». A veces se ha traducido este último término por «competencia». Aunque en principio esto es perfectamente admisible, lo cierto es que en el lenguaje jurídico español «competencia» tiene un sentido técnico muy preciso, referido a la potestad de una instancia política, jurídica o administrativa para intervenir en un determinado asunto. Para

- no inducir a confusiones creemos preferible utilizar un único término, «capacidad», para traducir ambos.
5. WHITE B., C.: *Competence to Consent*. Washington D. C.: Georgetown Univ. Press, 1994: 44-81. BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRENS, J. F.; *Principles of Biomedical Ethics*. 4.<sup>a</sup> ed. New York: Oxford Univ. Press. 1994: 132-141. BUCHANAN, A. E. y BROCK, D. W.; *Deciding for others. The ethics of surrogate decisions making*. New York; Oxford Univ. Press 1989: 17-41. FADEN, R. R. y BEAUCHAMP, T. L.: *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford Univ. Press, 1986:287-293. *President's Commissions for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*. Making Health Care Decisions, Vol. 1. Washington DC: Government Printing Office, 1982:55-62~ 169-175. BEAUCHAMP & MCCULLOUGH, Op. cit. pp. 138-142.
  6. ABERNETHY, V.: *Compassion. Control, and Decisions About Competency*. Am J Psychiatry 1984 141 (1): 53-58.
  7. Por todos White BC, Op. cit. 83-95.
  8. *President's Commission*. Op. cit., pp. 169-175. BUCHANAN & BROCK. Op. cit., pp. 20-23.
  9. En una reciente encuesta realizada a 596 médicos norteamericanos, un 72 % respondieron que un paciente demenciado era por definición incompetente, un 56 % si el paciente padecía depresión, un 71 % Si el sujeto era un psicótico, y un 60 % Si el sujeto había ingresado en el centro sanitario mediante orden judicial forzosa. Cif. MARKSON, L. J., KERN, D. C., ANNAS, G. J. y GLANTZ, L. H. *Physician Assessment of Patient Competence*. J. Am Geriatr Soc 1994. 42: 1.074-1.080.
  10. WHITE, B. C.: Op. cit. 117-144.
  11. FADEN & BEAUCHAMP, Op. cit., pp. 289-290. BUCHANAN & BROCK, Op. cit., pp. 26-29. BEAUCHAMP & MCCULLOUGH, Op. cit pp.
  12. WHITE, B. C: Op. cit. 95-106.
  13. WHITE, B. C.: Op. cit. 106-116.
  14. DRANE, J. F.: *Competency to Give and Informed Consent. A Model for Making Clinical Assesments*. JAMA 1984; 252 (7): 925-927. *Drane J F The Man Faces of Competency*. Hastings Cent Rep 1985 (April): 17-21.
  15. BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. F.: Op. cit. pp., 138-141.
  16. WICCLAIR, M. R.: *Patient Decision-Making Capacity and Risk*. Bioethics 1991: 5 (2): 91-104.
  17. BORRELL, I., CARRIÓ, F., BOSCH y FONTCUBERTA, J. M: *Entrevista Clínica*. En Zurro AM, Cano Pérez J. P. eds. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona: Doyma 1994: 158-168.
  18. OUSLANDER, J. G., TYMCHUK, A. J. y KRYNSK, M. D.: *Decisions about Enteral Tube Feeding among the Elderly*. J Am Geriatr Soc 1993: 41: 70-77.
  19. BUCHANAN, A. E. y BROCK, D. W.: *Deciding for Others...* pp., 71-72.
  20. KAPLAN, K H. y PRICE, M.: *The Clinician's RoleXX Competency Evaluations*. Gen Hosp Psychiatry 198X. 11: 397-403.
  21. JANOFFSKY, J. S.; MCCARTHY, J. S. y FOLSTEIN M. P.: *The Hopkins Competency Assessment. Test: A Brief Method for Evaluating Patient's capacity to Give Informed Consent*. Hosp Community Psychiatry 1992; 43 (2): 132-136
  22. FITTEN, L. J.; HAMANN, C.; EVANS, G. L.; et. al. *Relationship of Cognitive Impairment to Decision-Making Competence in Nursing Home Residents; Development of a Competence Assessment Protocol*. J. Am Geriatr. Soc 1984: 32 (Suppl):s 19. TYMCHUCK, A. J.; OUSLANDER, J. G.; RABHAR, B y FITTEN L. J.: *Medical Decision-Making Among Elderly People in Long Term Care*. Gerontologist 1988: 28 (Suppl); 59-63. KLOEZEN, S; FITTEN, L. J. y STEINBERG, A.: *Assessment of Treatment Decision-Making Capacity in a Medically. Ill Patient*. J. Am Geriatr Soc 1988; 36: 1.055-1.058. FITTEN, L. J. y WAITE, M. S.: *Impact of Acure Medical Hospitalization on Treatment Decision-Making Capacity in the Elderly*. Arch. Intern. Med. 1990: 150: 1.717-1.721. FITTEN, L. J.; LUSKY, R. y HARNANN, C.: *Assessing Treatment Decision-Making Capacity in Elderly Home Residents*. J. Am Geriatr Soc 1990. 38: 1.097-1.104

# ENVEJECIMIENTO SOCIAL\*

Nancy S. Jecker

*Se dice que una sociedad se hace vieja cuando el número de miembros viejos crece en relación con el de miembros jóvenes. Las sociedades de los Estados Unidos y de muchos otros países industrializados han ido envejeciendo sobre todo desde 1800. En 1800, la estructura demográfica de los países desarrollados era parecida a la de muchos países del Tercer mundo a principios de los noventa, con más o menos la mitad de la población por debajo de los dieciséis años y muy poca gente vivía más de sesenta años. Desde ese momento, el incremento de la esperanza de vida, combinado con la bajada de los índices de fertilidad, han incrementado dramáticamente la proporción de personas mayores en los países desarrollados. En contraste, el perfil de muchos países del Tercer Mundo se inclina todavía en gran medida hacia los grupos de edad más joven, aunque el incremento en números reales de la gente mayor es incluso superior en muchos países en vías de desarrollo que en el mundo desarrollado.*

*Lo que las sociedades futuras podrán ver como nota distintiva del envejecimiento de la población en los siglos XX y XXI es el ritmo tan rápido en que está ocurriendo. El grupo de edad que crece más rápidamente es el de los que están por encima de los 85 años en los Estados Unidos. Desde 1900, este grupo se ha convertido en veintiuna veces más numeroso, y ha habido un incremento de ocho veces el número de gente que está por encima de los 65 años.*

Durante el último siglo o algo más en que los registros de población se han conservado, la esperanza de vida de la mujer ha excedido siempre a la de los hombres. (Cassel y Neugarten, 1988). Aunque en edades más jóvenes hay más hombres que mujeres, al llegar a la vejez el número de mujeres supera en mucho al de los hombres (Cassel y Neugarten, 1988). En el grupo de edad de los 65 años y mayores, hay 68 hombres por cada 100 mujeres. Si bien las predicciones demográficas, algunas veces, han demostrado estar equivocadas a juzgar por los hechos posteriores, hoy los demógrafos predicen que esta diferencia de sexos se incrementará hasta el año 2050, momento en que llegará a estabilizarse; pero antes de que llegue, habrá sólo 38,8 hombres por cada 100 mujeres de 85 años o más.

## IMPLICACIONES ÉTICAS

El rápido incremento del número de personas mayores en relación con el de jóvenes conlleva implicaciones

\* Agradecemos a Simón & Schuster Macmillan el permitirnos traducir y publicar este artículo: Jecker N. S. «III Societal aging» de Encyclopedia of Bioethics Warren T. Reich, Editor in Chief, 1995 p. 91-93. Copyright © 1995 by Warren T. Reich.

importantes para la sociedad. En el área de la sanidad, el envejecimiento social incrementará costes y ejercerá una mayor presión sobre los servicios de redistribución. Por lo tanto pone al descubierto cuestiones relacionadas con una distribución justa de los cuidados de salud entre jóvenes y viejos. El envejecimiento de la población también alterará la naturaleza de los servicios sanitarios, aumentando el número de pacientes que sufren de afecciones crónicas o de discapacidad que no amenazan la vida. A su vez, esto cambiará el aspecto del debate bioético: de la toma de decisiones sobre procesos agudos de vida o muerte que se hacen en un momento determinado, al énfasis sobre problemas crónicos y a menudo relativamente frecuentes y de larga duración. Finalmente, el envejecimiento social aportará cambios a la vida familiar. El desequilibrio entre jóvenes y viejos ya está presionando a los descendientes que asumen las responsabilidades del cuidado de los mayores y está suscitando preguntas sobre el alcance y los límites de los deberes filiales. Los miembros de la familia juegan un papel cada vez mayor en el cuidado de los mayores, hasta el punto que su papel en la toma de decisión sobre el cuidado de salud es una cuestión significativa y fuertemente debatida.

## Racionamiento de prestaciones sanitarias

El envejecimiento de la sociedad incrementará el gasto de los servicios de salud sencillamente porque las personas que están por encima de los 65 años consumen mucho más cuidado sanitario que otros grupos de edad. En los Estados Unidos, las personas de 65 años o más representan, más o menos el 12 % de la población y utilizan un tercio del total del personal sanitario del país (excluyendo los costes de investigación). En una era de restricciones fiscales esto convierte a los mayores en un objetivo obvio para la redistribución sanitaria. El ahorro financiero que se acumularía si se privara a los mayores de varias formas de servicios sanitarios, sería desproporcionadamente alto porque los mayores son los que usan más frecuentemente los servicios de salud. Según una estimación, si los que están por encima de los 65 años fueran excluidos del tratamiento de enfermedad renal en los Estados Unidos, se salvaría el 45 % de los costes del programa de la enfermedad renal. Y se conseguiría un gran ahorro financiero excluyendo a las personas mayores de otras áreas.

Los argumentos a favor de la limitación basándose en la edad y el traspaso en favor de los escasos recursos de viejos a jóvenes ha sido avanzado por Daniel Callahan (1987), Norman Daniels (1988), Richard Lamm (1987), y Samuel Preston (1984), entre otros. Callahan por ejemplo, propone limitar públicamente los servicios del man-

“El envejecimiento de la sociedad incrementará el gasto de los servicios de salud.”

tenimiento de la vida en razón de la edad. Tal proposición podría implementarse una vez que la sociedad haya llegado a aceptar la idea de que «el gobierno tiene un deber, basado en nuestra obligación social colectiva, de ayudar a la gente a vivir un período de vida natural, pero no de ayudar a prolongar la vida activamente más allá de ese punto». (Callahan, 1987, p. 137). Tanto Lamm como Preston están a favor de dirigir menos recursos a los grupos de edad mayor y más a las personas jóvenes como condición necesaria para hacer frente a los deberes con las generaciones más jóvenes y futuras. Ellos mantienen que si no limitamos los gastos del cuidado sanitario para los mayores, vamos a empobrecer finalmente los servicios sanitarios y otros bienes sociales para los jóvenes.

Finalmente, Daniels nos urge a pensar sobre la justicia entre jóvenes y viejos desde nuestro propio punto de vista, en primera persona. Según él, cuando consigamos ver nuestras vidas en su totalidad, más que a partir de un determinado momento, algunas veces nos resultará prudente preferir un plan de servicios de salud que distribuya menos servicios para nuestra vejez a cambio de más servicios a una edad más temprana.

Los críticos de la limitación basada en la edad se oponen al mismo por distintas razones, por ejemplo: las consecuencias que implicaría para las mujeres esta redistribución basada en la edad (Jecker, 1991a); la violación a la moral tanto del Judaísmo como del Cristianismo que esta redistribución en función de la edad supone (Post, 1991) y la alteración del mensaje sobre el sentido y valor de las vidas de las personas mayores que esta redistribución conlleva (Murray, 1991).

### Cuidado a largo término

Además de incrementar los gastos sanitarios, el envejecimiento social aumentará el número de personas discapacitadas y la necesidad de cuidado a largo término, incluyendo el cuidado diario a adultos, servicios a domicilio, y cuidados en residencias, casas de convalecientes y disposición de material sanitario adecuado. Varios factores contribuyen a una mayor necesidad de cuidados a largo término. En primer lugar se espera que la proporción entre mujeres y hombres mayores incrementará, y las mujeres mayores experimentarían una mayor incidencia de morbilidad y discapacidad que los hombres mayores. En segundo lugar, la población de más de 85 años constituye la parte de población que crece más rápidamente, y los mayores más viejos son lo que utilizan en mayor cantidad el cuidado a largo término, ya que más del 70 % de los que tienen 85 años o más requieren algún

tipo de asistencia a una o más de las actividades diarias. Finalmente, cada vez habrá menos descendientes dispuestos para actuar como cuidadores no profesionales de las futuras generaciones de personas mayores. Esto es debido a que los individuos tienen menos hijos de los que tenían las generaciones anteriores y a que las mujeres se están incorporando a puestos de trabajo laboral.

La necesidad creciente para el cuidado a largo término plantea cuestiones sociales y políticas que afectan a la justa asignación de fondos entre el cuidado hospitalario intensivo y los cuidados de *baja tecnología* para condiciones de discapacidad crónica. Además, esto altera la naturaleza de los casos de ética clínica, al cambiar el tipo de decisiones a las que se enfrentan y el perfil de edad, género y salud de la población afectada. Según un comentarista (Moody, 1992), el análisis bioético ha tendido a enfatizar un principio de autonomía individual con respeto por la auto-determinación de las personas. Aún así este principio empieza a resquebrajarse cuando la población de pacientes se convierte cada vez más en una población geriátrica, dependiente y discapacitada. En este ambiente, se discute si, los ideales de dignidad humana y auto-respeto, ideales íntimamente unidos a la relación humana y a la comunidad, tomarán una mayor significación. Mientras que, otros sugieren, por el contrario, que los valores de autonomía y privacidad deben retener su importancia central ya que tales valores están unidos de modo inextricable a asegurar una buena calidad de vida en la vejez.

### Relaciones Familiares

El rápido envejecimiento de la población va a modificar las relaciones dentro de la familia al prolongarse las relaciones padres-hijos durante muchos más años y a plantear nuevos desafíos en la edad adulta. Aunque la mayoría está de acuerdo en que los padres se encarguen de los deberes especiales para con sus descendientes, hay diferentes opiniones respecto a si los hijos ya mayores tienen sus correspondientes deberes hacia los padres que se van haciendo mayores. Por otra parte, Jane English niega que un descendiente adulto deba a sus padres nada por el simple hecho de ser su descendiente. En cambio, ella defiende la idea de que «los deberes de los hijos mayores son los de los amigos, y son el resultado del amor entre ellos y sus padres, más que cosas que se deben como pago a los sacrificios que antaño hicieron sus padres» (English, 1991, p. 147). Otros objetan que existen deberes especiales de cualquier tipo, tanto si están fundados en la amistad, el *status* filial, la ciudadanía u otras bases. El favoritismo implícito en los deberes especiales, está considerado, algunas veces, lógica o psicológicamente en contra de los requerimientos éticos de imparcialidad e igualdad de respeto hacia las personas (Meyers et al., 1993)

Al otro lado de este debate están los que defienden los deberes especiales. Se han presentado varios argumentos en favor de las responsabilidades de los hijos adultos hacia los padres, incluyendo la gratitud, la reciprocidad, y los deberes hacia el más vulnerable (Meyers et al., 1993).

“El envejecimiento social aumentará el número de personas discapacitadas y la necesidad de cuidado a largo término.”

## PERSPECTIVAS HISTÓRICAS Y CULTURALES

Una sociedad que envejece, definida como una sociedad en la cual la población de individuos mayores incrementa en relación a la población de individuos jóvenes, presupone que los individuos pueden ser separados en categorías significativas de jóvenes y viejos. Aunque la sociedad occidental contemporánea tiende a concebir la juventud, la adolescencia, la madurez y la vejez como las únicas etapas de la vida con una serie distintiva de problemas, esta perspectiva no es necesariamente universal. Ciertamente las concepciones presentes del curso de la vida son un fenómeno relativamente reciente. Thomas Cole describe la metáfora de las etapas de la vida en las ciudades del norte de Europa en los siglos dieciséis y diecisiete, donde por vez primera emergió la metáfora actual de las etapas de la vida. Al trazar la vida como una serie de etapas ordenadas se representa el curso de la vida como en conformidad con el orden del universo y hace posible que cada individuo pueda «salir fuera de sus propias experiencias de vida y verla en su totalidad» (Cole, 1992, p. 25).

De la misma manera que nuestro reconocimiento de estar envejeciendo refleja nuestras tradiciones históricas y culturales, nuestras creencias sobre el significado y valor de la vejez indican nuestra herencia histórica y cultural. El rango social de las personas mayores varía durante los diferentes períodos históricos y culturales, dependiendo del coste percibido para el soporte de los grupos de los mayores y la contribución que se cree que ellos aportan (Amoss and Harrell, 1981). Por ejemplo, los Akamba, de África, creen que «cuanto más vieja se hace una persona, más intrínsecamente entrelazada está su vida con la de los otros, y más grande es el mal que se hace si se aleja a esa persona. Al mismo tiempo, la persona mayor posee la sabiduría —una perspectiva de la vida que sólo se consigue con la edad— lo que se considera como un recurso social particularmente importante» (Kilner, 1984, p. 19). En contraste, la sociedad americana, ha valorado tradicionalmente «el pragmatismo, la acción, el poder y el vigor de la juventud sobre la contemplación, la reflexión, la experiencia y la sabiduría de la vejez»; así pues, el *ageism* (discriminación hacia los mayores, es especialmente evidente en la sociedad americana (Butler, 1969, p. 243).

A pesar de las distintas concepciones culturales sobre las personas de edad y su papel en la sociedad, los antropólogos identifican unas características biológicas y culturales comunes al envejecimiento. Así, toda sociedad conocida tiene «la llamada categoría de personas que son mayores —cronológica, física, o generacionalmente—. En cada caso esta gente tiene derechos, deberes, privilegios, y cargas diferentes a las que disfrutan o soportan sus jóvenes» (Amon and Harrell, 1981, p. 3). Esto sugiere que la gente en sociedades con rasgos culturales distintivos deben afrontar cuestiones éticas muy parecidas sobre las relaciones entre personas de distinta edad.

## BIBLIOGRAFÍA

- AMOSS, PAMELA T., and HARRELL, STEVAN, eds. 1981. *Other Ways of Growing Old: Anthropological Perspectives*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- BUTLER, ROBERT N. 1969. *Age-Is: Another Form of Bigotry*. *Gerontologist* 9, n.º 43: 243-246.
- CALLAHAN, DANIEL. 1987. *Setting Limits*. New York: Simon and Schuster.
- CASSEL, CHRISTINE K., and NEUGARTEN, BERNICE L. 1988. *A Forecast of Women's Health and Longevity: Implications for an Aging America*. *Western Journal of Medicine* 149, n.º 6: 712-717.
- COLE, THOMAS R. 1992. *The Journey of Life: A Cultural History of Aging in America*. New York: Cambridge University Press.
- DANIELS, NORMAN. 1988. *Am I My Parents' Keeper? An Essay on Justice Between the Young and the Old*. New York: Oxford University Press.
- ENGLISH, JANE. 1991. *What Do Grown Children Owe Their Parents?* In *Aging and Ethics: Philosophical Problems in Gerontology*, pp. 147-154. Edited by Nancy S. Jecker. Clifton, N.J.: Humana.
- FONER, NANCY. 1984. *Ages in Conflict: A Cross-Cultural Perspective on Inequality Between Old and Young*. New York: Columbia University Press.
- JECKER, NANCY S. 1991a. *Age-Based Rationing and Women*. *Journal of the American Medical Association* 266, n.º 25: 3012-3015.
- , Ed. 1991b. *Aging and Ethics*. Clifton, N. J.: Humana.
- KANE, ROSALIE A., and CAPLAN, ARTHUR L., eds. 1990. *Everyday Ethics: Resolving Dilemmas in Nursing Home Life*. New York: Springer.
- KILNER, JOHN F. 1984. *Who Shall Be Saved? An African Answer*. *Hastings Center report* 14, n.º 3: 18-22.
- LAMM, RICHARD D. 1987. *Ethical Care for the Elderly: Are We Cheating Our Children?* In *Should Medical Care Be Rationed by Age?* pp. XI-XV. Edited by Timothy M. Smeeding, Margaret P. Battin, Leslie P. Francis, and Bruce M. Landesman. Totowa, N. J.: Rowman & Littlefield.
- MEYERS, DIANA T.; KIPNIS, KENNETH; and MURPHY, CORNELIUS F., eds. 1993. *Kidred Matters: Rethinking the Philosophy of the Family*. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press.
- MOODY, HARRY R. 1992. *Ethics in an Aging Society*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- MURRAY, THOMAS. 1991. *Meaning, Aging, and Public Policy*. In *Too Old for Health Care? Controversies in Medicine, Law, Economics and Ethics*, pp. 164-179. Edited by Robert H. Binstock and Stephen G. Post. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- POST, STEPHEN. 1991. *Justice for Elderly People in Jewish and Christian Thought*. In *Too Old for Health Care?* pp. 120-137. Edited by Robert H. Binstock and Stephen G. Post. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- PRESTON, SAMUEL H. 1984. *Children and the Elderly in the U.S.* *Scientific American* 251, n.º 6: 44-57.
- SMEEDING, TIMOTHY M.; BATTIN, MARGARET P.; FRANCIS, LESLIE P., and LANDESMAN, BRUCE M. eds. 1987. *Should Medical Care Be Rationed by Age?* Totowa, N. J.: Rowman & Littlefield.

# ASISTENCIA SANITARIA E INVESTIGACIÓN EN PERSONAS MAYORES\*

Greg A. Sachs

*¿Qué es lo que parece tan diferente en la ética de la atención sanitaria y la investigación en personas mayores que hace que la discusión general sobre estos tópicos sea insuficiente? Los principios básicos, como autonomía, beneficencia, y justicia no son ni diferentes ni de menor importancia porque los individuos implicados en la atención sanitaria y en la investigación sean mayores. Sin embargo, muchos factores asociados al envejecimiento alteran substancialmente los hechos de las relaciones clínicas y de investigación con la gente mayor.*

## ATENCIÓN SANITARIA DE LA GENTE MAYOR

La naturaleza de la enfermedad en la gente mayor influencia en gran medida los aspectos éticos de la atención sanitaria. La gente mayor soporta una carga más grande de enfermedad que la gente joven. Como promedio, es probable que tengan más afecciones crónicas severas, estén sometidos a medicación múltiple y tengan que asistir frecuentemente al sistema sanitario, incluyendo un mayor número de hospitalizaciones. Debido a que la gente mayor está más cerca del final de su esperanza

“La naturaleza de la enfermedad en la gente mayor influencia en gran medida los aspectos éticos de la atención sanitaria.”

de vida, tienen una mayor probabilidad de verse envueltos en situaciones en que deben tomarse decisiones médicas difíciles. Las decisiones sobre el uso apropiado del tratamiento médico de mantenimiento de la vida para pacientes mayores son muy corrientes. Estas van desde órdenes de No-Reanimar (DNR), a decisiones sobre inte-

rumpir la diálisis, mantener o retirar la nutrición artificial y la hidratación. Muchas, si no la mayoría de muertes en las instituciones sanitarias de los Estados Unidos son precedidas por decisiones explícitas de limitar el tratamiento. Estas decisiones de limitación del tratamiento, más propiamente consideradas como decisiones de cambio a un servicio de cuidados paliativos, en lugar de unos esfuerzos para prolongar la vida o retrasar la muerte, son generalmente más comunes en el cuidado de la gente mayor.

Mientras cualquier individuo puede convertirse en incompetente durante una enfermedad crítica, la gente mayor tiene un riesgo mayor de perder la capacidad para la toma de decisiones, ya sea debido a delirios transitorios o a una enfermedad de demencia crónica, como la enfermedad de Alzheimer, que da como resultado la debilidad cognitiva permanente. Por lo tanto, la gente mayor no sólo corre el riesgo de tomar decisiones para terminar la vida hechas en el marco de la atención sanitaria; frecuentemente no son capaces de tomar esas decisiones

“La gente mayor tiene un riesgo mayor de perder la capacidad para la toma de decisiones.”

por sí mismos en el momento requerido. En tales situaciones, los médicos se dirigen de forma rutinaria al familiar de una persona mayor para que sirva como sustituto o representante para tomar la decisión. Varios estudios sobre las preferencias de tratamiento de los pacientes mayores y sus representantes potenciales, (esposas, hijos y médicos) han puesto al descubierto serios desacuerdos entre las preferencias de los pacientes y las de sus representantes (Seckler et al., 1991). Mientras esto despierta preocupación sobre la validez de la decisión del representante en relación a su precisión como juicio sustitutivo, se puede argumentar que los miembros de la familia son todavía sustitutos apropiados y que mucha gente mayor está más preocupada sobre quién toma las decisiones por ellos que sobre las decisiones exactas que se están tomando (High, 1991).

\* Agradecemos a Simón & Schuster Macmillan su permiso para traducir y publicar este artículo: «IV Health care and research issues» por Sachs, Greg A. De Encyclopedia of Bioethics, Warren T. Reich, editor in Chief, 1995 p. 94-97. Copyright © 1995 by Warren T. Reich.

La previsibilidad tanto de enfermedades serias como de la pérdida de competencia de la gente mayor, así como las cuestiones sobre la toma de decisiones mediante un sustituto, han creado un fuerte interés en el uso de las directivas anticipadas en el cuidado de la gente mayor (Davis et al., 1991. Emanuel et al., 1991). Las directivas anticipadas incluyen documentos con instrucciones, como los testamentos vitales, documentos de nombramiento de sustitutos, tales como poder del mandatario para el cuidado de la salud. Resulta interesante que la mayoría de estudios empíricos hechos sobre la toma de decisión de los sustitutos y las directivas anticipadas se han enfocado hacia la gente mayor. Las directivas anticipadas han recibido una atención creciente en los Estados Unidos con la promulgación del Artículo de la Auto-Determinación del Paciente,<sup>1</sup> una ley federal que ordena a las instituciones sanitarias a educar a los pacientes sobre la disponibilidad y uso de estos instrumentos. Mientras se tiene la esperanza de que estos esfuerzos incrementarán

---

“La previsibilidad tanto de enfermedades serias como de la pérdida de competencia de la gente mayor han creado un fuerte interés en el uso de las directivas anticipadas en el cuidado de la gente mayor.”

---

el número de gente mayor que haga directivas anticipadas para su cuidado sanitario, queda por ver si la gente mayor va a expresar estas directivas en números significativos, y si los médicos respetarán las preferencias subrayadas en estos documentos.

Debido a sus efectos sobre la competencia de la gente mayor, la demencia ocasiona dilemas éticos significativos (Sachs and Cassel, 1989). La demencia afecta quizás a una proporción tan alta como el 10,3% de los individuos de más de 65 años y el 47% de los que están por encima de los 85 años, y causa preocupaciones éticas por varias razones. Primero, más que presumir una competencia y trabajar dentro de los límites de la confidencialidad, el decir la verdad y la deseable autonomía del paciente dentro de la relación normal entre médico y paciente, cuando este último presenta una demencia, la relación médico-paciente se altera de una manera fundamental. Un médico que cuida a una persona mayor con demencia debe valorar frecuentemente su capacidad de toma de decisiones, evaluar con cuidado lo que el paciente diga como información útil, ponderar lo que puede compartir con el paciente, y confiar en otros la información y la asistencia al establecer un plan de cuidados. En segundo lugar, la naturaleza progresiva e irreversible de la mayoría de tipos de demencia, altera los objetivos del cuidado médico del paciente con demencia. Mientras continua la investigación prometedora sobre la demencia, no existe una terapia estándar que permita mejorar y, aún menos, curar, la mayoría de las demencias. Muchos argu-

---

“La demencia en gente mayor ocasiona dilemas éticos significativos en cuanto a su propia competencia personal.”

---

mentan que con el cuidado hospitalario o la medicina de rehabilitación el cuidado médico de un paciente con demencia se centra propiamente en maximizar las funciones, incluyendo la socialización, la paliación de síntomas, el mantenimiento de la higiene, y la preservación de la dignidad (Rango, 1985). En tercer lugar, los miembros de la familia de una persona mayor con demencia no son sólo sustitutos para la toma de decisiones, ellos también proveen la mayoría de las necesidades del cuidado diario de su paciente. La gran carga que representa el cuidado sitúa a la familia en una posición de riesgo de depresión y otras enfermedades, llevando a que los profesionales de la salud tengan que considerar las necesidades psicológicas de la familia tanto como las del paciente.

Mientras sólo el 5% de la gente mayor de 65 años vive en una residencia asistida, se ha estimado que el riesgo durante la vida de pasar algún tiempo en una residencia asistida es de un 40% en los Estados Unidos (Kemper and Mustagh, 1991). Por lo tanto, mucha gente mayor recibe cuidados médicos en una residencia asistida en algún momento de sus vidas. Al menos en los Estados Unidos, la asistencia en estas residencias se cita frecuentemente pero más bien por sus deficiencias; injustificada restricción de la movilidad de los residentes, falta de atención a condiciones tratables como la incontinencia de orina y un uso inapropiado y excesivo de la medicación psicotrópica. Al menos una parte del problema de la precaria atención en estas residencias ha sido la falta de continuidad en el cuidado médico de la gente mayor una vez que ingresan en estas residencias. Una minoría de médicos en los Estados Unidos visitan a sus pacientes de edad avanzada una vez éstos han ingresado en la residencia (un 28% según un estudio de alcance nacional de los Estados Unidos) (Mitchell and Hewes, 1986). La atención de subespecialidades, incluyendo la psiquiatría, es aún menos disponible para la gente mayor que vive en residencias.

Los problemas para acceder a un buen cuidado médico de los pacientes de estas residencias son en realidad un subgrupo del problema principal, el nivel de pericia en el cuidado médico de la gente mayor. Mientras en el Reino Unido la geriatría es una especialidad claramente reconocida, en los Estados Unidos el título de medicina geriátrica se ofreció por primera vez en 1988. Muy pocos médicos siguen programas en calidad de asociados *fellowship* que faciliten una formación de postgrado en medicina geriátrica.

## INVESTIGACIÓN SOBRE LA GENTE MAYOR

La investigación suscita diferentes aspectos éticos debido a la historia de la investigación sobre la gente mayor y las características específicas de la atención

<sup>1</sup> Patient Self-Determination Act en 1991.

sanitaria de las personas mayores, así como sucede con la relación entre la atención sanitaria de los mayores y la atención sanitaria general. Como la Geriátrica ha sido reconocida tardíamente como una especialidad, así también la investigación seria sobre gente mayor ha sido un fenómeno relativamente reciente en los Estados Unidos.

El *National Institute on Aging* (NIA) fue establecido dentro de los *National Institutes of Health* en 1974 para promover la investigación sobre el envejecimiento. Que la creación del NIA era necesaria se demuestra por la precariedad de investigación sobre los problemas de los ancianos en los años anteriores. La gente mayor de 65 años era excluida frecuentemente de los estudios clínicos, incluso de los ensayos sobre el cáncer, las enfermedades cardíacas, la diabetes, y la hipertensión, todas ellas más prevalentes entre las personas mayores.

Aunque no está claro el porqué la gente mayor fue excluida de la investigación en el pasado, llevar a cabo una investigación sobre la gente mayor es más difícil que trabajar con sujetos jóvenes (Zimmer et al., 1985). Algunos estudios han demostrado que la gente mayor tiene tendencia a desear menos que la gente joven el ser sujetos de investigación. Como se dijo anteriormente, es probable que tengan afecciones múltiples y que estén tomando varios medicamentos, factores que hacen que sean excluidos de proyectos de investigación que tratan de estudiar una sola enfermedad y los efectos sin mezcla de una medicación única. Debido a estos factores, la gente mayor tiene también una mayor proporción de bajas, necesitándose un mayor número de sujetos viejos cuando el estudio comienza para compensar las bajas que se van produciendo. Los defectos de la visión, oído o de tipo cognitivo requieren mayor esfuerzo para obtener el consentimiento informado e incorporar a personas mayores

---

“La investigación seria sobre gente mayor ha sido un fenómeno relativamente reciente en los Estados Unidos.”

---

ya que requieren mucho más tiempo y mucho más esfuerzo. Todos estos factores juntos pueden hacer que la investigación sobre la gente mayor sea más cara de realizar.

Dos características adicionales de la gente mayor que afectan más que nada a la ética de la investigación fueron mencionados al discutir sus cuidados médicos: la prevalencia de la demencia y el uso frecuente de residencias asistidas. Las enfermedades de demencia cambian fundamentalmente la relación entre investigador y sujeto, así como la relación médico-paciente. Empíricamente se sabe muy poco sobre aspectos de la investigación, como la capacidad de los sujetos con demencia para dar el consentimiento informado, la confianza que puede otorgarse a las terceras personas al dar consentimiento para los experimentos, o las prácticas de los investigadores para proteger a los sujetos vulnerables y limitados mentalmente. Un estudio de los familiares que daban el consentimiento sustituyendo a las personas mayores de la familia mentalmente disminuidos y que residían en resi-

dencias asistidas suscitó serias preocupaciones (Warrent et al., 1986). Muchos de estos pacientes dieron el consentimiento para un estudio sobre cateterismo vesical aunque dijeron que creían que la persona mayor no hubiese querido participar y que ellos mismos no querían estar en dicho estudio.

Varias organizaciones y autoridades han publicado algunas normas para la investigación sobre los sujetos con demencia (American College of Physicians, 1989; Berg et al, 1991; Melnick and Dubler, 1985). La mayoría apoyan la práctica del consentimiento de terceras partes, siempre y cuando el sujeto consienta al comenzar el estudio en particular. Algunos prohíben explícitamente la participación de los sujetos con demencia si es sabido que esta persona mayor no hubiera querido participar en un estudio. Sin embargo, a otros les preocupa que excesivas protecciones puedan acabar sirviendo como barreras para la investigación que podría beneficiar a las personas con demencia.

---

“La prevalencia de la demencia y el uso frecuente de residencias asistidas afectan más que nada a la ética de la investigación.”

---

La ética de la investigación sobre la gente mayor en residencias asistidas también se enfoca sobre los aspectos del consentimiento debido a la alta prevalencia de la demencia en estas clínicas, pero hay otros aspectos éticos (Hofland, 1988). Por un lado, el acceso a la investigación puede significar el acceso a unos mejores cuidados y a una mayor socialización para una persona mayor en una residencia asistida. Por otro lado, la libertad limitada y la existencia de unos cuidados por debajo de la asistencia óptima en muchas de estas residencias puede crear un ambiente coactivo para que los sujetos se enrolen. Otra preocupación es que aunque gran parte de esta investigación se lleva a cabo en las residencias asistidas grandes, afiliadas académicamente y con una buena plantilla, estas condiciones no se dan en muchas residencias, lo que plantea la cuestión de hasta qué punto se pueden generalizar los hallazgos de la investigación a residencias asistidas de nivel medio más comunes.

## TEMAS ÉTICOS ADICIONALES

Desafortunadamente, muchas de las situaciones que afectan a individuos más jóvenes en lo que respecta al acceso al cuidado médico y a la investigación no desaparecen cuando la gente se hace mayor. Mientras esto no es una gran preocupación en países con un servicio sanitario nacional o un seguro nacional de salud, en Estados Unidos sigue siendo un tema primordial. Mucha gente, incluyendo un sorprendente número de gente mayor asume que la mayoría de las necesidades sanitarias están cubiertas por Medicare, el programa de seguro federal de salud para la gente mayor. Aunque Medicare paga una

parte substancial de las facturas de hospitalización y médicos para el cuidado intensivo, no cubre el coste de medicamentos, muchos servicios preventivos, y cosas importantes para la gente mayor como gafas o aparatos para los oídos; más importante aún, Medicare paga muy pocos servicios de cuidado a largo término. La gente mayor que es pobre, mujeres o de minorías, especialmente los Afro-Americanos, están afectados desproporcionadamente por problemas de acceso a las prestaciones sanitarias. En Estados Unidos la diferencia entre los

“Muchas de las situaciones que afectan a individuos más jóvenes en lo que respecta al acceso al cuidado médico y a la investigación no desaparecen cuando la gente se hace mayor.”

Afro-Americanos y los blancos en términos de acceso a hospitales y residencias asistidas disminuyó desde los 60 a los 80 (Smith, 1990). Sin embargo, estudios de finales de los ochenta y principios de los noventa continúan descubriendo una menor utilización de tratamientos agresivos y caros para la enfermedad cardíaca, por ejemplo entre Afro-Americanos y mujeres, comparados con los hombres blancos, incluso cuando el estatuto del seguro se tomó en cuenta (Goldberg et al., 1992).

## BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. 1989. *Cognitively Impaired Subjects Position Paper 9*. Annals of Internal Medicine 111, n.º 10: 843-848.
- BERG, JOSEPH; KARLINSKY, HARRY; and LOWY, FREDERICK, eds. 1991. *Alzheimer's Disease Research: Ethical and Legal Issues*. Toronto: Carswell.
- DANIS, MARION; SOUTHERLAND, LESLIE I.; GARRET, JOANNE M.; SMITH, JANET L.; HIELEMA, FRANK; PICKARD, C. GLENN; EGNER, DAVID M.; and PATRICK, DONALD L. 1991. *A Prospective Study of Advance Directives for Life-Sustaining Care*. New England Journal of Medicine 324, n.º 13: 882-888.
- EMANUEL, LINDA L.; BARRY, MICHAEL J.; STOECKLE, JOHN D.; ETTLESON, LUCY M.; and EMANUEL, EZEKIEL J. 1991. *Advance Directives for Medical Care-A Case for Greater Use*. New England Journal of Medicine 324, n.º 17: 889-895.
- GOLDBERG, KENNETH C.; HARTZ, ARTHUR J.; JACOBSEN, STEVEN J.; KRAKAUER, HENRY; and RIMM, ALFRED A. 1992. *Racial and Community Factors Influencing Coronary Artery Bypass Graft Surgery Rates for All 1986 Medicare Patients*. Journal of the American Medical Association 267, n.º 11: 1473-1477.
- HIGH, DALLAS M. 1991. *A New Myth About Families of Older People?* Gerontologist 31: 611-618.
- HOFLAND, BRIAN, ed. 1988. *Autonomy and Long term Care*. Gerontologist (suppl. iss.) 28: 2-96.
- JONAS, HANS. 1970. *Philosophical reflections on Experimenting with Human Subjects*. In *Experimentation with Human Subjects*. pp. 1-31. Edited by Paul A. Freund. New York: George Braziler.
- KANE, ROSALIE A., and CAPLAN, ARTHUR L., eds. 1990. *Everyday Ethics: Resolving Dilemmas in Nursing Home Life*. New York: Springer.
- KEMPER, PETER, and MURTAUGH, CHRISTOPHER M. 1991. *Lifetime Use of Nursing Home Care*. New England Journal of Medicine 324, n.º 9: 595-600.
- MELNICK, VIJAYA L., and DUBLER, NANCY N., eds. 1985. *Alzheimer's Dementia: Dilemmas in Clinical Research*. Clifton, N. J.: Humana.
- MITCHELL, JANET B., and HEWES, HELENE T. 1986. *Why Won't Physicians Make Nursing Home Visits?* The Gerontologist 26: 650-654.
- RANGO, NICHOLAS. 1985. *The Nursing Home Resident with Dementia: Clinical Care, Ethics, and Policy Implications*. Annals of Internal Medicine 102, n.º 6: 835-841.
- SACHS, GREG A., and CASSEL, CHRISTINE K. 1989. *Ethical Aspects of Dementia*. Neurologic Clinics 7, n.º 4: 845-858.
- . 1990. *Biomedical Research Involving Older Human Subjects*. Law, Medicine, and Health Care 18, n.º 3: 234-243.
- SECKLER, ALLISON B.; MEIER, DIANE E.; MULVIHILL, MICHAEL; and PARIS, BARBARA E. CAMMER. 1991. *«Substituted Judgement: How Accurate Are Proxy Predictions?»* Annals of Internal Medicine 115, n.º 2: 92-98.
- SMITH, DAVID BARTON. 1990. *Population Ecology and the Racial Integration of Hospitals and Nursing Homes in the United States*. Milbank quarterly 68, n.º 4: 561-596.
- WARREN, JOHN W.; SOBAL, JEFFREY; TENNEY, JAMES H.; HOOPES, J. MICHAEL, DAMRON, DOROTHY; LEVENSON, STEVEN; DEFORGE, BRUCE R.; and MUNCIE, HERBERT L., JR. 1986. *Informed consent by Proxy: An Issue in Research with Elderly Patients*. New England Journal of Medicine 315, n.º 12: 1124-1128.
- ZIMMER, ANNE WILDER; CALKINS, EVAN; HADLEY, EVAN; OSTEFELD, ADRIAN M.; KAYE, JANET M.; and KAYE, DONALD. 1985. *Conducting Clinical Research in Geriatric Populations*. Annals of Internal Medicine 103, n.º 2: 276-283.

V.

# Envejecimiento: perspectivas de futuro

LH

V-1

## CUATRO ESCENARIOS PARA UNA SOCIEDAD ENVEJECIDA\*

Harry R. Moody

En Los Viajes de Gulliver, Jonathan Swift nos da un retrato de los Struldbruggs, una raza condenada a la inmortalidad sin la bendición de una buena salud: «Ellos eran la visión más desagradable que jamás se hubiera contemplado... Además de las deformidades propias de la vejez extrema, ellos adquirieron una fealdad adicional en proporción a sus años, que no se puede describir.»

¿Nos ponen en guardia los Struldbruggs sobre una imagen pesimista de nuestro propio futuro? Hay razones para creerlo así. El sistema de salud moderno permite a un número cada vez mayor de gente vivir hasta una edad avanzada pero en unas condiciones que plantean el sentido de esta supervivencia continuada. Aún así, algunas respuestas a estas cuestiones sobre el significado de la supervivencia son indispensables si ponderamos hasta qué punto vale la pena dedicar dinero al cuidado sanitario geriátrico.

Pero, ¿se puede hablar coherentemente de un sentido de la vida? No hay ningún tópico que parezca menos prometedor para un debate público que el sentido de la vida. En las sociedades altamente industrializadas, el silencio público sobre los objetivos últimos de la vida se ha convertido en un dogma predominante. El problema es aún más preocupante, cuando intentamos reflexionar sobre el sentido de la última etapa de la vida. La edad cronológica por sí misma ya no conlleva una serie convenida de significados para la gente en cualquier periodo de la vida. La llegada de una sociedad de edad irrelevante, significa una pérdida de consenso sobre los valores propios de las diferentes etapas de la vida, incluyendo la última etapa. Ya no es posible decir lo que una persona racional de edad avanzada preferiría sobre tratamientos médicos para prolongar la vida, especialmente si las condiciones para la supervivencia son drásticamente distintas de las condiciones que anteriormente daban significado e intencionalidad a la vida.

\* Agradecemos a The Hastings Center y al autor, Harry R. Moody, su colaboración al permitirnos traducir y publicar este artículo: MOODY, H. R. *Four scenarios for an aging society*. Hastings Center Report. 1994; 24 (5): 32-35.

Mientras la misma población envejecida se vuelve más diversa, nosotros nos enfrentamos a los dilemas médicos causados por la contención del gasto, autodeterminación de la muerte, y las tecnologías biomédicas para retrasar el envejecimiento. Si no confrontamos las cuestiones sobre el significado de la vejez, corremos el riesgo de empobrecer la discusión sobre las prioridades en la distribución de los recursos públicos que debemos afrontar. Quizás lo mejor que podamos hacer es enmarcar los temas claramente a fin de confrontar las ideas sobre el sentido y examinar qué políticas de asignación de recursos se seguirían de esos contrastes. Lo que sigue son cuatro escenarios sobre el futuro de una sociedad envejecida, cada uno basado en extrapolaciones plausibles de las situaciones empíricas del presente, junto a una aceptación asumida sobre el significado de la vejez.

### PROLONGACIÓN DE LA MORBILIDAD

¿Cómo escaparemos de la perspectiva de unirnos a los Struldbruggs?<sup>1</sup> ¿Cómo evitaremos que el incremento creciente de Struldbruggs dementes pero por lo demás sanos, cuyo coste de cuidados podría causar la bancarrota del sistema sanitario?<sup>2</sup> El primer escenario a considerar, toma su punto de partida en los debates recientes sobre la llamada contención de la morbilidad, o retraso de la enfermedad en los periodos más tardíos de la vida. Estudios recientes sugieren que la esperanza de vida entre los mayores ha subido.<sup>3</sup> Pero el resultado paradójico son

1. COLE, T. y GADOW, S.: *What does it mean to grow old?. Views from the humanities*. (Durham; N. C. Duke University Press, 1986).

2. FRIES, J. F. y CRAPO, L. M.: *Vitality and aging* (San Francisco: Freeman, 1980) y FRIES, J. F.: *Aging, illness and health policy: implications of the compression of morbidity*. *Perspectives in Biology and Medicine* 31 (Spring 1988): 3.

3. VER OLSHANSKY, S. J., CARNES, B. A. y CASSEL, C.: *In search of Methuselah: Estimating the upper limits to longevity*. *Science* 250 (1990): 634-640. BARINAGA, M.: *Mortality: overturning received wis-*

unos períodos más largos tanto de salud como de enfermedad entre los distintos subgrupos de mayores. Los viejos-jóvenes (edades 65 a 75) tienden a ser más saludables, pero cada vez más los viejos-viejos (de 75 y más) deben afrontar la decrepitud.

¿Qué nos traerá el futuro? Bajo una óptica pesimista, el período de morbilidad se prolongará. Así una tecnología médica modesta —por ejemplo los antibióticos para pacientes con Alzheimer— permite la supervivencia hasta edades avanzadas de aquellos con una calidad de vida muy pobre. Si el significado de la vejez se define por la calidad de vida, entonces las políticas de asignación de recursos deberían favorecer el poder poner fin fácilmente a un tratamiento como una forma de ahorrar dinero. El estándar de calidad de vida podría aplicarse a todos los grupos de edad, pero la prolongación de la morbilidad entre los mayores significa que ese grupo debería soportar lo más duro de la contención del gasto.

La elección de la muerte podría hacerse tanto por los individuos como por la sociedad, aunque los dos niveles están solapados como revela el caso siguiente.

### Caso Ejemplo

Mr. Y, de 85 años, hace tiempo que lleva un marcapasos y ha ido empeorando de la enfermedad de Parkinson en los últimos años. Incluso con ayuda, su mujer ya no puede cuidarle en casa, pero ambos rechazan la idea de entrar en una residencia asistida. Mr. Y ha decidido que no le recarguen el marcapasos: él prefiere «irse rápidamente» con un ataque al corazón antes que enfrentarse al deterioro de la calidad de vida que tendría viviendo en una residencia. Un elemento clave en su decisión es el hecho de que, para estar calificado por la cobertura Medicaid para una residencia asistida, Mr. Y debería gastar la mayoría de las posesiones acumuladas por la pareja, unos 300 000 \$. Él prefiere vivir en casa tanto como sea posible, con la tranquilidad de saber que su mujer estará bien provista después de su muerte y que podrá dejar un legado a sus nietos.

La decisión privada de Mr. Y es razonable, aunque algunos sentirán que es cruel que él deba escoger la muerte para preservar las posesiones de su familia. Otros sentirán que el estándar de calidad de vida adoptado por Mr. Y como individuo debería extrapolarse de manera más general como tema de política pública. En base de justicia si no de utilidad, quizás distribuiríamos los escasos recursos hacia aquellos que tienen una calidad de vida más favorable. Consistente con dicha política, adoptaríamos una actitud permisiva, ante todas las formas de autodeterminación o disponibilidad de la propia vida incluyendo la eutanasia activa y el suicidio asistido. El problema con esta estrategia es que una actitud meramente permisiva hacia la autodeterminación de la muerte, de hecho no permitiría actualmente ahorrar mucho dinero.<sup>4</sup> En ese caso, aquellos que se inclinan hacia una distribución de recursos en función de un estándar de

calidad de vida para los mayores u otros grupos de edad, deberán cambiar a métodos más estrictos de racionamiento de la atención sanitaria.

### CONTENCIÓN DE LA MORBILIDAD

El primer escenario es quizás demasiado pesimista. Si adoptamos una concepción más optimista de la contención de la morbilidad, debemos hacer lo posible para retrasar cada vez más la enfermedad. La estrategia aquí nos recuerda el poema de Oliver Wendell Holmes *La Maravillosa Carroza de Un Caballo*. Ese maravilloso carruaje fue construido para que cada parte envejeciera en la misma proporción hasta que, todo a la vez, cayera junto después de cien años y un día.

Este segundo escenario está basado en una concepción biológica de que la duración máxima de la vida humana está fijada sobre los 120 años. Aunque es posible que no superemos el límite, nuestro objetivo deberá ser eliminar los signos y síntomas de la edad que aparezcan antes de que lleguemos al límite. El propio fin de la medicina y de las organizaciones públicas sería, por lo tanto, el intervenir para retrasar el índice de envejecimiento de manera que cada vez mayor número de nosotros podamos mantenernos en buena salud hasta el extremo final de nuestra vida. Enfermedad y morbilidad estarían contenidos hasta los últimos meses o semanas de vida. Al final el cuerpo se desmoronaría todo de una vez, como en el maravilloso carruaje de un caballo.<sup>5</sup>

Este segundo escenario asume un límite fijo de vida; dentro de este límite, pretende la modernización de la vejez, implícita en eslogans como «envejecer con éxito» o «envejecimiento productivo».<sup>6</sup> Bajo este escenario las políticas de asignación de recursos favorecerían la investigación médica y la promoción sanitaria para retrasar la morbilidad y hacer de la vejez una extensión de la madurez.<sup>7</sup> El significado de la vejez yace simplemente en una extensión de los valores de la juventud y de la madurez, y de ello se siguen unas consecuencias específicas para la asignación de recursos.

### Caso Ejemplo

*The National Institute on Stroke* (Instituto Nacional de los accidentes vasculares) está en posición de recibir un incremento de fondos, pero dos grupos dentro del mismo instituto discuten sobre en qué debe gastarse este dinero. Un grupo está a favor de invertir en la investigación clínica sobre los prometedores métodos de rehabilitación para pacientes severamente incapacitados por su problema vascular. El otro grupo está a favor de una campaña de largo alcance sobre el cribado de la hipertensión ligado a la educación sanitaria para reducir la pro-

5. AVORN, J.: *The life and death of Oliver Shay* in *Our Aging Society*, de PIFER, A. y BRONTE, L. (New York: W. W. Norton, 1986).

6. ROWE, J. W. y KAHN, R. L.: *Human aging: usual and successful*, *Science* 237 (1987): 143-149. BUTLER, R. N. y GLEASON, H. P. eds., *Productive aging: enhancing vitality in later life* (New York: W. W. Norton, 1986).

7. FRIES, J. F. et al., *Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services*, *NEJM*, 329 (1993): 321-325.

dom. *Science* 258 (1992): 389-99. KOLATA, G.: *New views on life spans alter forecasts on elderly*. *New York Times*, 16 nov. 1992.

4. EMANUEL, E. y EMANUEL, L.: *The economics of dying: the illusion of cost savings at the end of life*. *NEJM*, 330 (1994): 540-544.

babilidad de un ataque vascular o posponerlo para un número substancial de gente. Los que abogan por la rehabilitación creen que los más enfermos merecen nuestra atención, mientras que el grupo de *cribado* de la hipertensión cree en una estrategia de contención de la morbilidad.

## PROLONGEVIDAD

El tercer escenario lleva la idea moderna de progreso aún más lejos al desafiar los límites *naturales* presumidos bajo el segundo escenario. ¿Si 120 años de vida son buenos, por qué no mejor 150 años? ¿Por qué no se intenta aumentar la duración máxima de vida de las especies?<sup>8</sup> En lugar de la idea de envejecimiento *normal* deberíamos pensar en el envejecimiento como una enfermedad a ser vencida y curada.<sup>9</sup> Según este tercer escenario los recursos sanitarios escasos no deberían gastarse en un aumento de la esperanza de vida, o en mejorar la calidad de vida sino que más bien debería dirigirse hacia una investigación básica en el mismo proceso del envejecimiento. Por ejemplo, quizás la terapia génica nos proporcionará un avance decisivo permitiéndonos aumentar la duración de vida al máximo.<sup>10</sup> El objetivo último es una supervivencia indefinida bajo condiciones favorables de control tecnológico. El significado de la vejez tal y como lo hemos entendido a través de la historia humana cambiará radicalmente. El envejecimiento se irá posponiendo progresivamente y será eliminado eventualmente.

### Caso Ejemplo

El Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (NIA) está dedicando fondos para investigadores jóvenes implicados en una investigación básica. Un grupo de nuevas aplicaciones incluye marcadores genéticos ligados a la enfermedad de Alzheimer, mientras que otros incluyen estudios sobre factores genéticos y medioambientales que pueden aumentar la duración máxima de vida en poblaciones animales como las moscas de la fruta, los nematodos y el pescado. La declaración de la NIA indica específicamente que su misión es la de *añadir vida a los años* más que buscar el aumento máximo de la duración de vida. Los que apoyan la *prolongevidad* hacen referencia al trabajo de Roy Walford y Michael Rose, sugiriendo que quizás estemos en el punto de un descubrimiento que podría aumentar la duración máxima de vida de los 120 a 150 años o más.<sup>11</sup> Los que apoyan la

agenda tradicional del NIA creen que este nuevo conocimiento no merece ser seguido a expensas del objetivo tradicional de la calidad en el envejecimiento. Algunos argumentan de forma más oscura que una estrategia de *prolongevidad* plantea dilemas morales de riesgo para la sociedad.

## RECUPERACIÓN DEL MUNDO DE LA VIDA

El cuarto escenario asume que el significado de la vejez radica en la finitud de la vida humana como una condición que debe ser aceptada voluntariamente como un problema de política colectiva y no de elección individual.<sup>12</sup> Esta estrategia refuta la «biomedicalización de la vejez» a favor de lo que Habermas llama el mundo de la vida.<sup>13</sup> En efecto la cuarta estrategia busca intencionadamente recuperar algunas de las virtudes de la idea tradicional sobre las «etapas de la vida».<sup>14</sup> De manera más amplia, el cuarto escenario evoca un ideal de compromiso vital y preocupación de los mayores por el bienestar de generaciones futuras.<sup>15</sup> Este cuarto escenario puede entenderse por analogía con el movimiento ecológico: podríamos discutir si la longevidad, así como el crecimiento económico, pueden estar razonablemente restringidos por razones de solidaridad o de justicia intergeneracional. El bien común y las necesidades de las generaciones futuras son valores que apoyan la longevidad limitada en cada generación. Las políticas de asignación de recursos sanitarios expresarían estos valores al favorecer programas sociales como los hospices o la asistencia sanitaria a domicilio, en contra de las intervenciones médicas de alta tecnología que sólo proporcionan beneficios en aumento a los que ya han vivido una vida larga y llena, como ilustra el caso que sigue.

### Caso Ejemplo

El administrador de Health Care Financing Administration (HCFA) está sometido a presiones para contener el gasto de Medicare mientras debe, al mismo tiempo, ampliar los servicios. Está estudiando si Medicare debería reembolsar el coste de una nueva clase de drogas experimentales para el cáncer bajo un procedimiento de *protocolo de compasión*, el cual incrementaría probablemente la demanda de la droga de muchos pacientes viejos. Por la misma cantidad de dinero HCFA podría liberalizar las normas de reembolso para proporcionar incentivos a los servicios comunitarios de cuidado a lar-

8. ROSENFELD, A.: *Prolongevity* (New York: Knopf, 1976). Para la historia de la idea, ver GRUMAN, G. J.: *A history of ideas about the prolongation of life: the evolution of prolongevity hypothesis to 1800* (Philadelphia: American Philosophical society, 1966).

9. SHOCK, N. et al., *Normal human aging: The Baltimore longitudinal study of aging* (Washington, D. C.: U.S. Government Printing Office, 1984); CAPLAN, A.: *Is aging a disease?* in SPICKER, S. y INGMAN, S.: *Vitalizing long term care* (New York: Springer, 1983)

10. FINCH, C.: *Longevity, senescence and the genome* (Chicago: University of Chicago press, 1990); FRENCH ANDERSON, W.: *Human Gene Therapy*. *Science* 256 (1992): 808-813.

11. Ver WLAFFORD, R.: *Maximum life span* (New York: W. W. Norton, 1983); ROSE, M.: *Evolutionary biology of aging* (New York: Oxford University Press, 1991).

12. CALLAHAN, D.: *Setting limits: Medical goals in a aging society* (New York: Simon y Schuster, 1987).

13. ESTES, C. L. y BINNEY, E. A.: *The Biomedicalization of aging: dangers and dilemmas* *Gerontologist* 29, n.º 5 (1989): 587-596; HABERMAS, J.: *The legitimation crisis* (Boston: Beacon Press, 1975).

14. Para una historia de la idea, ver COLE, T.: *The Journey of life: a cultural history of aging in America* (Cambridge University Press, 1992). Ver también BURROWS, J.: *The ages of man* (New York: Oxford University Press, 1986).

15. ERIKSON, E. ERIKSON, J. y KIVNICK, H. Q.: *Vital Involvement in old age* (New York: W. W. Norton, 1986) Ver también KOTRE, J.: *Outliving the self: generativity and the interpretation of lives* (Baltimore: Johns Hopkins Press, 1984).

go término como el cuidado geriátrico diario, períodos de descanso, y los programas de hospices. Algunas voces dentro de la agencia argumentan que los gastos en droga ayudarían a los menos aventajados (aquellos que están más enfermos), mientras que otros alegan que los servicios a largo término basados en la comunidad ayudarían a más gente y proporcionarían cuidado para gente de todos los grupos de edad.

## COMPARANDO LOS CUATRO ESCENARIOS

El primer escenario, la prolongación de la morbilidad, plantea un dilema a los objetivos de la medicina. ¿Debería la medicina esforzarse para prevenir la muerte o para eliminar el sufrimiento? ¿qué sucede si consiguiendo lo primero frustra lo segundo y viceversa? La ironía es que el éxito de la medicina nos lleva a su fracaso: una vida sin sentido, prolongada sin propósito, como en el caso de los Struldbruggs —otro ejemplo de la ley de consecuencias inintencionadas repetido tan a menudo en la historia de la tecnología.<sup>16</sup>

El segundo escenario, la contención de la morbilidad, sólo consigue su objetivo si es posible posponer cada enfermedad o condición crónica hasta justo antes de la muerte. Como el programa de la Guerra de las Galaxias, la estrategia asume que podemos eliminar los accidentes. Pero el esfuerzo es derrotado por la casualidad, la incapacidad de conseguir el control total, ya que es improbable que todos los sistemas del organismo se agoten simultáneamente.

El tercer escenario, la prolongevidad, afronta el mismo problema. ¿Qué sucede si algo va mal antes —no sólo en la juventud o la madurez— sino, digamos, a los sesenta o setenta años? *algo va mal* es otra manera de decir accidentes, que finalmente van a matar. El potencial genético para una duración máxima de vida más alta no es ninguna garantía contra la posibilidad de accidentes en el camino. Escapamos a la ley del destino sólo para sucumbir a la ley de la casualidad.

Y todavía más, si la prolongevidad fuese un éxito plantearía otros problemas sociales. Una vida más larga significa una mayor diversidad, lo que es otra manera de decir desigualdad. La extensión de la duración de la vida intensificaría todas estas desigualdades y haría crecer la envidia de parte de los que tienen menos. El resultado sería probablemente una debilitación de la voluntad para la provisión colectiva. Por ejemplo, ¿por qué deberían pagar grupos minoritarios con un promedio de esperanza

de vida más bajo impuestos para grupos dominantes que podrían vivir de un siglo o más?

También surgirían serios problemas de equidad si se adoptara el cuarto escenario. Incluso bajo límites colectivos del gasto, los individuos preocupados por la promoción sanitaria podrían ambicionar a la contención de la morbilidad, mientras la investigación biomédica pudiese abrir en cualquier momento unas posibilidades inesperadas de extensión de la duración de vida. Ambas estrategias son atractivas para los grupos más ricos y mejor educados de la sociedad. Las desigualdades de la esperanza de vida serían de nuevo difíciles de controlar, particularmente en un período en que los estados de bienestar imponen controles del gasto más estrictos sobre los servicios colectivos de la asistencia sanitaria. El resultado sería aumentar la longevidad selectivamente, haciendo que las desigualdades fueran aún más severas.

## LA CUESTIÓN POLÍTICA

Bajo las condiciones de una mayor longevidad y la nueva tecnología médica, la vejez ya no lleva consigo un significado fijo. En su lugar, los significados alternativos como la calidad de vida, el envejecimiento con éxito, la supervivencia indefinida, y la aceptación colectiva de límites, introduce, cada uno, unas consecuencias diferentes para la asignación de unos recursos escasos. Esta pluralidad de significados no será eliminada apelando a un curso de vida *natural* o a los argumentos de Rawls que separan lo correcto de lo bueno.<sup>17</sup> Al contrario, los sistemas públicos pueden y deben tomarse seriamente una pluralidad de ideas distintas sobre lo que es una buena vejez.

Mi propósito aquí no ha sido avanzar una idea única sobre el significado de la vejez. Sino más bien iluminar el camino en el cual las distintas elecciones de asignación de recursos presuponen ideas muy específicas sobre el significado de la última etapa de la vida. Ciertas ideas sobre significado y valor —por ejemplo, calidad de vida, envejecimiento con éxito o solidaridad intergeneracional— son intrínsecamente problemáticas porque implican cuestiones filosóficas difíciles a propósito de la vida humana y especialmente de la última etapa de la vida. Tanto el discurso tecnocrático como una teoría exclusivamente procedimental de la justicia intentan evadir estas elecciones tan duras pero al final encontrarán que las cuestiones sobre el significado de la vejez vuelven de nuevo a perseguirnos. Quizás sea mejor luchar contra estos demonios ahora mismo.

16. CASSEL, C. RUDBERG, M. y OLSHANSKY, S. J.: *The price of success: health care in an aging society* Health affairs 11, n.º 2 (1992): 87-99.

17. DANIELS, N.: *Am I my parents'keeper? An essay on justice between the young and the old* (New York: Oxford University Press, 1987).

LH

V-2

# EL ENVEJECIMIENTO Y LOS OBJETIVOS DE LA MEDICINA\*

Daniel Callahan

*La vejez no debe ser enfocada como un desastre a superar, sino como una condición que puede ser aliviada y mejorada. Del significado que demos a la vejez se deducirán los objetivos de la medicina geriátrica. No está en aplicar todas las fuerzas de un progreso ilimitado para prolongar indefinidamente la vida sino de mejorar las condiciones físicas y mentales de la edad y de llenar de sentido humano y de significación social este período de la vida.*

El envejecimiento plantea un puzzle peculiar a la medicina. Como realidad biológica, el envejecimiento es una parte inherente de la vida orgánica, que afecta tanto a los humanos como a los animales, plantas y microorganismos. En este sentido va más allá del campo de la medicina, siendo la base permanente de toda vida. Pero el envejecimiento de ordinario va también acompañado de la enfermedad, la debilidad del cuerpo y la discapacidad. Por lo tanto, entra dentro del campo de la medicina, cuya misión histórica ha sido la cura de enfermedades y el alivio del dolor, todo lo cual es muy deseado por aquellos que se hacen mayores.

“El envejecimiento plantea un puzzle peculiar a la medicina.”

Aún así, ¿es necesariamente cierto que el envejecimiento como parte inherente de la vida está más allá del campo de la medicina? ¿Si la ingeniería técnica u otros avances científicos pueden cambiar fundamentalmente el fenómeno del envejecimiento —alargando la vida significativamente, por ejemplo evitando las enfermedades de la edad— no entraría esto, entonces, dentro de la esfera tradicional de la medicina? Porque ¿no debería la medicina intentar manipular la biología del envejecimiento en lugar de hacerlo solamente como hasta ahora con la muerte y las manifestaciones clínicas desagradables y psicológicas de este proceso biológico? ¿Deberíamos lle-

gar incluso a fomentar el juicio moral de que el envejecimiento es inaceptable en sí y por sí, un candidato válido para la intervención científica e incluso a erradicar si llegamos a ser lo suficientemente inteligentes?

Seguro que hay una respuesta clásica a estas cuestiones, primero la mencionada por el filósofo francés Condorcet hace doscientos años y seguida más recientemente por el Doctor James Fries: «aceptar el envejecimiento como un don biológico, pero trabajar médicamente para reducir la enfermedad y la discapacidad asociadas a ello». Este ideal heurístico de *contención de la morbilidad*, parece la respuesta perfecta: y podría serlo en el mejor de todos los mundos posibles. Por desgracia, la naturaleza no ha jugado la parte que se le asignó, y, hasta ahora, no hay demasiada evidencia que indique que esto vaya a suceder en grado significativo.

“Pocas veces se ha observado que para que la contención de la morbilidad funcione deberíamos renunciar a la intervención médica intensiva al final de la vida.”

Además, pocas veces se ha observado que, de hecho, para que la contención de la morbilidad funcione deberíamos renunciar a la intervención médica intensiva al final de la vida. ¿No sucedería entonces que muchos de los que han vivido bien hasta los 85 años no desearían irse —justamente porque ellos han vivido tan bien— creando por lo tanto el escenario para una reanudación de la ya familiar lucha tecnológica contra la muerte? También se presenta otra posibilidad: si no conseguimos una contención de la morbilidad y el alargamiento de la duración de la vida conlleva en su lugar una carga cada vez mayor de enfermedad y discapacidad, ¿No nos sentiremos impulsados a intervenir más decisivamente en la biología del envejecimiento para combatir esa tendencia? Dicho de otra manera, ¿podría darse ya el caso de haber ido tan lejos en el camino de alargar la vida, y en el de acumulación de enfermedades crónicas y degenerativas del envejecimiento, que sólo alguna ciencia radical pueda salvarnos?

Con estas cuestiones insidiosas sólo quiero sugerir lo difícil que será proponer las respuestas apropiadas, y cuán ominosa sería seguramente cualquier serie de respuestas. Al menos, en una proporción creciente del nú-

\* Agradecemos a the Hastings Center y al autor, Daniel Callahan, su colaboración al permitirnos traducir y publicar este artículo: CALLAHAN, D. *Aging and the goals of medicine*. Hastings Center Report, 1994; 24 (5): 39-41.

mero de mayores en toda sociedad, hay una situación política crítica en juego. Tratar el envejecimiento como si fuera lo mismo que una enfermedad a superar es abrir el camino a una demanda ilimitada e insostenible de los recursos sanitarios. Si las enfermedades asociadas al envejecimiento traen consigo dolor y sufrimiento, como de hecho lo hacen, entonces se da la base para una experiencia que respete la edad para introducirles al mismo tipo de investigación y de recursos que les hemos introducido en otras etapas de la vida. Mucha gente lo reclama en nombre de la igualdad y de una política social sin considerar la edad. Si, por contraste, queremos seguir la idea de construir políticas sobre la base de algún tipo de límite razonable, natural o cultural a una demanda tan ilimitada, estaremos abiertos a la carga de la vejez y a la de dar la espalda a los avances médicos que podrían mejorar la vida de los mayores.

No hay una salida fácil a estos dilemas de la política, pero se podría ayudar si pudiésemos enmarcar sensatamente las cuestiones correctas a plantear sobre dos aspectos principales del dilema: la naturaleza de la medicina como práctica y como institución, y la del envejecimiento como un problema de significado biológico y humano. Dejarme proponer dos cuestiones amplias sobre las que podríamos empezar, haciendo referencia cada una a la otra.

- ¿Qué concepción de la naturaleza y objetivos de la medicina ayudaría probablemente más al envejecimiento y a los mayores en el futuro?
- ¿Qué definición del significado de la vejez ayudaría probablemente más a fomentar un tipo de medicina más útil?

Desde luego lo que pretendo al sugerir estas dos cuestiones conjuntamente es que hay y debe haber una relación recíproca entre la medicina y el envejecimiento. Por un lado, las posibilidades biológicas y tecnológicas de alterar el proceso del envejecimiento modulará nuestros ideales y expectativas del mismo. Por otro lado, lo que queremos que sea el envejecimiento ayudará a modular la investigación y los aspectos clínicos de la medicina que hay que tratar. En resumen, ya no podemos pensar en el

---

“Tratar el envejecimiento como si fuera lo mismo que una enfermedad a superar es abrir el camino a una demanda ilimitada e insostenible de los recursos sanitarios.”

---

envejecimiento humano simplemente como un fenómeno biológico independiente (aunque en ocasiones merece la pena intentar hacer justamente esto). Ahora sabemos que el envejecimiento humano es modificable hasta un cierto punto, todavía desconocido, y abierto al cambio científico. Sabemos que las actitudes y prácticas en relación con nuestras concepciones del significado individual y social del envejecimiento también están abiertas a cambios.

El envejecimiento es un momento tan bueno como otro cualquiera para observar las consecuencias sociales

del progreso médico y, más notablemente, el movimiento histórico que va de la paliación a la cura, como objetivo principal de la medicina; y así desde una definición estricta de la salud, enfocada al cuerpo, a una definición más amplia, centrándose en el bienestar total de la persona; y luego desde un concepto estático sobre el límite de la naturaleza a las posibilidades de vivir una vida, a un concepto más abierto guiado por el deseo, en el que nada parezca completamente imposible. Lo que muestra este proceso no es sólo un cambio de la medicina, sino, simultáneamente, la cultura en la que interactúa. En el caso de

---

“La naturaleza de la medicina como práctica y como institución, y la del envejecimiento como un problema de significado biológico y humano son los dos aspectos principales del dilema.”

---

nuestra cultura, la medicina se inclina a la promoción de la autonomía y la innovación científica, la moda de una vejez a gusto de cada uno con algo que la tecnología presente al alcance de la mano, sin límites debidos a modelos biológicos e históricos previos. La ideología de la campaña anti-envejecimiento de las décadas recientes está en parte profundamente arraigada en el individualismo, resaltando la diversidad y heterogeneidad de los mayores y no lo que es común, el hecho de estar al final y no al principio de sus vidas.

El artículo de Harry R. Moody sobre este tema presenta hábilmente algunos escenarios distintos sobre los mayores y la asignación de recursos, cada uno de ellos hace uso de una noción diferente sobre cómo conectar el envejecimiento y el cuidado sanitario. Quiero sugerir otro inciso a sus planteamientos, complementándolos,

---

“Hay y debe haber una relación recíproca entre la medicina y el envejecimiento.”

---

pero moviéndome en una dirección diferente. Se pueden definir dos modelos distintos entre los objetivos de la medicina y la respuesta al envejecimiento, quizás no formalmente articuladas, pero sí implícitas en algunas maneras familiares de discutir el problema. A uno de estos modelos lo llamaré «incremento progresivo» y al otro «tradicionalismo del ciclo de la vida».

## INCREMENTO PROGRESIVO

Por incremento progresivo entiendo un enfoque del envejecimiento centrado en el progreso ilimitado a largo plazo pero que funciona por pasos pequeños y progresivos a corto plazo.

El promedio de la esperanza de vida puede incrementarse hasta límites desconocidos, pero en el momento actual, bastaría con añadir unos años adicionales lenta-

mente. Y si la contención de la morbilidad no se vislumbra aún en el horizonte, no hay razón para que no podamos hacer algo con la osteoporosis, la enfermedad de Alzheimer y la artritis en un futuro razonablemente próximo. De forma más general el incremento progresivo se sostiene por la creencia de que la medicina no tiene una respuesta final, un objetivo teleológico inherente a las personas mayores y puede y debe ir tan lejos como nosotros queramos que vaya. No hay límites biológicos intrínsecos —o al menos no lo sabremos hasta que continuemos presionando los límites presentes, que siempre parecen ceder— y no hay límites morales necesarios, asumiendo que somos lo suficientemente sensatos como para usar el sentido común ordinario y la prudencia médico-social a lo largo del camino. No hay razón por la que no podamos buscar ambas cosas, alargar el promedio de la esperanza de vida indefinidamente y aspirar a una contención de la morbilidad mientras lo hacemos.

“Por incremento progresivo se entiende un enfoque del envejecimiento centrado en el progreso ilimitado a largo plazo pero que funciona por pasos pequeños y progresivos a corto plazo.”

Hay una dimensión social en este incremento. Antes que nada se considera peligroso pensar en los mayores, en conjunto, como un grupo discreto, o pensar en la persona mayor en términos generales. Es aquí donde el individualismo del anti-envejecimiento se hace público, argumentándose que para fines políticos la edad no es más relevante que la estatura, el color de los ojos o la etnia. Así como la medicina debería tener horizontes ilimitados en el tratamiento de los mayores, nuestra cultura debería centrarse en las posibilidades del desarrollo individual de los mayores, sin estereotipos ni fronteras fijas. No debemos preocuparnos por una lucha intergeneracional porque todos pasaremos por cada una de las etapas de la vida: los jóvenes sensatos no se sentirán en competencia con los mayores necesitados sino que verán en ellos sus propias vidas futuras.

En resumen, el incremento progresivo, combina una perspectiva de la medicina y sus posibilidades con una perspectiva del envejecimiento y sus posibilidades. Ambas trabajan juntas y cada una estimula a la otra: el progreso médico provoca nuevas perspectivas de lo que puede ser la vejez, y lo que la gente desea desde la vejez es un impulso para que la medicina pueda proporcionarlo.

## TRADICIONALISMO DEL CICLO DE LA VIDA

Una idea alternativa es la que yo llamo: «el tradicionalismo del ciclo de la vida». Es tradicional porque no sostiene el progreso ilimitado como un objetivo de la medicina ni del envejecimiento. Se basa en el ritmo del

ciclo de la vida como una forma de proporcionar un límite biológico a la aspiración médica. Esta perspectiva trata de encontrar una armonía adecuada entre la realidad biológica presente en el ciclo de la vida humana y los objetivos factibles y permisibles de la medicina. Esto quiere decir buscar un equilibrio prudente entre las posibilidades biológicas y las reservas económicas, considerando ambas posibilidades. Esta perspectiva no necesita negar que es posible en el futuro un considerable progreso de la longevidad. Lo que niega es que tal progreso sea necesariamente un gran beneficio para el hombre, o que merezca una gran inversión económica, incluso si sólo satisface los deseos de algunos individuos. Tampoco niega el valor de aspirar a una contención de la morbilidad, aun cuando sostiene que no hay nada en la naturaleza, ni evidencia hasta la fecha, que sugiera que puede obtenerse fácilmente la contención de la morbilidad. Sin embargo esto indicaría que la longevidad y la contención de la morbilidad se buscan simultáneamente, los resultados de la primera podrían minar continuamente los logros de la última.

Los objetivos de la medicina que subyacen detrás del tradicionalismo del ciclo de la vida están en ayudar a la gente a mantenerse en buena salud dentro de los límites de un periodo de vida finita, y ayudarlos a desenvolverse con la pobre salud que puedan tener. Ésta es una perspectiva más modesta de los objetivos propios de la medicina, apuntando a restablecer y mantener la salud dentro de un marco de tiempo limitado más que mejorar sustancialmente la condición humana. No trata el envejecimiento como un desastre a superar, sino como una condición a ser aliviada y mejorada. Aunque la gente mayor individualmente sean distintos en su condición física y mental, comparten el rasgo común de ser mayores, lo que

“Tratar de encontrar una armonía adecuada entre la realidad biológica presente en el ciclo de la vida humana y los objetivos factibles y permisibles de la medicina es lo que llamamos tradicionalismo del ciclo de la vida.”

significa que proporcionalmente están más cerca del final de su ciclo de vida que de su principio o mitad; y como consecuencia están más sujetos a la enfermedad y la muerte que la gente más joven. La vejez combina una etapa biológica en la vida con un *status* social en la sociedad, y no es inapropiado que se consideren como inseparables. Lo mismo puede decirse de cada uno de los otros grupos de edad.

A fines políticos, las características de grupo de los mayores son tan importantes como sus variaciones individuales. Esas características legitiman los derechos basados en la edad y los programas de bienestar así como las políticas sociales establecidas para ayudar a los mayores a mantener su respeto social. También podrían utilizarse para fijar un límite a esos derechos frente a la escasez de recursos. La campaña contra un estereotipo de los mayores como dementes, frágiles y como una sobrecar-

---

“No trata el envejecimiento como un desastre a superar, sino como una condición a ser aliviada y mejorada.”

---

ga, es válida y muy necesaria. Pero hay una diferencia entre un estereotipo y una generalización política. Todos los mayores no son dementes y frágiles. Aunque puede ser una generalización razonable el decir que los mayores tienen mayor riesgo de padecer demencia o fragilidad que la gente joven —y por lo tanto establecer políticas especiales de ayuda a los mayores basadas sobre esas generalizaciones.

### SEÑALANDO UNA DIRECCIÓN PARA EL FUTURO

Los dos modelos contrastados que he ofrecido se diferencian entre sí en la interpretación del objetivo apropiado de la medicina y en el significado de la vejez. El incremento progresivo ha absorbido el optimismo y la ambición de la ciencia moderna, su sentido de admiración y esperanza frente a una naturaleza a veces hostil. La naturaleza que lleve al deterioro de los seres humanos al final de sus vidas, puede cambiarse. Por su parte, el sentido de la vejez no es menos maleable, y el progreso médico puede, junto con una política social inteligente, cambiar ese sentido.

El tradicionalismo del ciclo de vida es más escéptico, advirtiendo la dificultad que encuentra la ciencia, de hecho, para separar la conexión entre hacerse viejo y poner-se enfermo, en superar la pura tenacidad de esas condiciones crónicas y degenerativas que marcan nuestra modernizada vejez; y no ve una razón especial para desear el sueño de una vejez transformada. Observa también una cierta perversión del progreso del que hemos sido testimonios: no ha habido una apreciación elevada y rejuvenecida del papel social de los mayores debido a sus vidas más largas y a su mayor número. En su lugar, debido a una ambivalencia generalizada sobre si luchar contra, refutar y resistir el envejecimiento, o aceptarlo y abrazarlo graciosamente, se ha privado a la vejez de cualquier sentido sustantivo que alguna vez hubiera podido tener como una etapa de honor en un ciclo de vida inevitable. Fuera de algunos compromisos

ideológicos, nadie sabe realmente qué hacer ahora con la vejez.

Mi propio sesgo es que la perspectiva del ciclo de vida es la manera más prometedora de encontrar sentido médico y humano a la vejez. Continúa siendo desde el punto de vista médico, la más compatible con los resultados obtenidos hasta la fecha —aún más esperanza que realidad— de los esfuerzos para superar las discapacidades de la vejez. Ofrece una mejor posibilidad como marco para que los individuos se adapten a su envejecimiento, sin agarrarse a la esperanza de que el vigor de la juventud o

---

“La perspectiva del ciclo de vida es la manera más prometedora de encontrar sentido médico y humano a la vejez.”

---

la salud de la mediana edad se sostendrá indefinidamente y de este modo no dejarse llevar a una más sutil, pero aún así devastadora, imagen de la vejez que las fantasías de los científicos alimentan inevitablemente, considerándola sólo como una condición a superar. La perspectiva del ciclo de la vida también refuerza la posibilidad de establecer una política equitativa de la atención sanitaria, reconociendo la relevancia de la edad como una categoría social pertinente, oponiéndose a la noción de que las enfermedades de la vejez son un accidente biológico más a ser conquistado con una mejor medicina, y aceptando la posibilidad de que un individualismo excesivo al pensar en los mayores podría atropellar sin escrúpulos las necesidades de los jóvenes.

Los objetivos de la medicina frente al envejecimiento biológico deberían ser, sobre todo, el modificar aquellas condiciones físicas y mentales que tienden a privar de sentido humano y de significación social a la vejez. La medicina no puede crear ese sentido por ella misma, sino que tiene que venir de una reflexión individual y de la puesta en práctica de una política social. Pero puede reforzar la base de las condiciones físicas y mentales necesarias para facilitar esa tarea. Aún así sólo lo puede hacer si resiste enérgicamente a la más poderosa de todas las tentaciones médicas, la perspectiva de una correlación directa e invariable entre el progreso médico y la felicidad humana, que confluye en la búsqueda de significado y en la búsqueda de salud, las cuales no van de la mano.

# LA IGLESIA CATÓLICA Y LA TRADICIÓN CRISTIANA ANTE LA ANCIANIDAD\*

**Javier Gafo\*\***

Director de la Cátedra de Bioética  
de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

*Vivimos en una sociedad que exalta todo lo que es propio de la juventud y se muestra insensible para ponderar los profundos valores de la ancianidad. En ella el mensaje cristiano, a través de las Encíclicas, resalta no sólo el deber de caridad o beneficencia hacia nuestros mayores, sino también el derecho de ellos a «ser sujetos activos de un periodo humano y espiritualmente fecundo de la existencia humana, con una misión que cumplir y una ayuda que dar».*

## LOS ANCIANOS EN EL MUNDO DE LA BIBLIA

Es de sobra conocida la gran valoración de los ancianos en la cultura judía.<sup>1</sup> Ante todo debe partirse del hecho de que el vocablo hebreo *zenequim* designa con frecuencia, tanto a las personas de edad avanzada, como a las que por su prudencia y experiencia están capacitadas para desempeñar funciones públicas. Este mismo significado ambiguo lo posee el término griego de *presbyteroi*.

En las épocas patriarcal y mosaica los ancianos tienen un lugar dominante en la vida familiar de la que forman parte varias generaciones y esta función se reproduce en los ámbitos del clan o agrupación de familias. Se les consideraba portadores del espíritu divino y tenían un gran poder como guías del pueblo. Los escritos de la época de

\* Agradecemos al Departamento de Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas y al autor Javier Gafo, su colaboración al permitirnos publicar este artículo *La Iglesia Católica y la tradición cristiana ante la ancianidad* en GAFO, J. (ed.). *Ética y ancianidad*. Madrid. Universidad Pontificia Comillas, 1995, 109-119. (Dilemas éticos de la medicina actual, 9.)

\*\* Para la elaboración de este capítulo me ha servido de extraordinaria ayuda la Tesis de Licenciatura en Teología de JOAQUÍN M. LÓPEZ CAMPO, presentada en la Universidad Pontificia Comillas en 1993.

1. Cf. DHEILLY, J., «Anciano», en *Diccionario Bíblico*, Barcelona, 1970; MAAG, H., «Anciano», en *Breve Diccionario de la Biblia*, Barcelona, 1970; LEÓN-DUFOUR, X., «Anciano», en *Diccionario del Nuevo Testamento*, Madrid, 1977; AA.VV., «Anciano», en *Nuevo Diccionario de Teología Bíblica*, Madrid, 1990; AZCONA, F., *Llegar a ser viejo*, Pamplona, 1980; MINOIS, G., *Historia de la vejez*, Madrid, 1987.



FOTO. JOSEF BALLESTER

**Debe también favorecerse un envejecimiento activo, superando el mito que tiende a identificar la vejez con la enfermedad, invalidez o inutilidad.**

los patriarcas reflejan la alta valoración de la ancianidad y el respeto que les es debido. Esta función protagonista se refleja en la época mosaica, en la larga peregrinación por el desierto hacia la tierra prometida.

En la época de los jueces de Israel se mantiene el ejercicio de autoridad de los ancianos. Al institucionalizarse el poder político con la monarquía se institucionaliza igualmente la función de los ancianos como consejeros y

tienen un papel muy determinante en la vida municipal. En la época del destierro a Babilonia se rompe el tejido social del pueblo judío, pero los ancianos continúan ejerciendo una influencia importante en la vida del cautiverio.

Con la vuelta de la deportación, se mantiene la importante función social de los ancianos en la reorganización del pueblo. Pero ya se constata una evolución del término *zenezim*, que no sólo designa a los ancianos, sino tam-

---

“En las épocas patriarcal y mosaica los ancianos tienen un lugar dominante en la vida familiar.”

---

---

“En la época de los jueces de Israel, se institucionaliza igualmente la función de los ancianos como consejeros.”

---

---

“Un rasgo importante del pensamiento bíblico es la alabanza de la sabiduría existente en los ancianos y su gran importancia en la transmisión de la fe.”

---

bién a hombres de edad madura que participan en la vida pública. Esta misma concepción se mantiene en la organización judía de la sinagoga, presidida por un colegio de ancianos que forman también parte del sanedrín, junto con los sacerdotes y doctores de la ley. Ello llevará en la Iglesia naciente a la institución de los *presbyteroi* que, mediante la imposición de las manos, colaboran con los apóstoles en la evangelización y en la vida eclesial, convirtiéndose en los responsables del gobierno de la comunidad. En las primeras comunidades los términos *presbyteroi* y *presbyterion* (asamblea de ancianos) designan, tanto a personas ancianas, como a los que comparten con los apóstoles la responsabilidad de la vida eclesial.

En los numerosos textos del Antiguo Testamento que hacen referencia a los ancianos se refleja la actitud bíblica sobre esta fase final de la existencia. En primer lugar y con frecuencia se habla de los ancianos como de aquellos cuyas fuerzas se debilitan y que se encuentran en los umbrales de la muerte, pero se presenta a este último hecho, no desde perspectivas dramáticas, sino como un acontecimiento natural que significa la culminación de la vida. Al mismo tiempo son numerosos los textos que exhortan al respeto de los ancianos, en torno al cuarto precepto del Decálogo. Otro rasgo importante del pensamiento bíblico, equiparable al existente en los pueblos primitivos, es la alabanza de la sabiduría existente en los ancianos y su gran importancia en la transmisión de la fe.

## LA TRADICIÓN CRISTIANA OCCIDENTAL

En los primeros siglos del cristianismo el tema de los ancianos no interesa especialmente a los primeros escri-

tores de la naciente Iglesia. Las alusiones a los ancianos tienen varias veces un significado simbólico, pero dejando de lado su dimensión humana concreta. Así san Agustín relaciona los siete días de la creación con las siete edades de la vida.<sup>2</sup> Ese mismo esquema, que, afirma Diego Gracia en este mismo libro, procede de la cultura griega, lo recoge san Isidoro, que sitúa el inicio de la vejez a los setenta años.<sup>3</sup> San Gregorio Magno pone también en relación el envejecimiento del mundo con el que acontece en la ancianidad.<sup>4</sup>

Existe, por tanto, un insuficiente interés por el anciano en concreto. En oposición a los paganos, autores como Lactancio<sup>5</sup> o san Juan Crisóstomo<sup>6</sup> critican a aquéllos su miedo a envejecer. Al mismo tiempo y en la línea de la tradición bíblica, se sigue ensalzando la sabiduría existente en los ancianos. Pero también y en la misma orientación simbólica, antes indicada, se recurre a la imagen del anciano como símbolo del pecado: el viejo se convierte en paradigma del pecador necesitado de penitencia y conversión. Así lo hace san Juan Crisóstomo<sup>7</sup> y san Agustín,<sup>8</sup> para el que dos rasgos tan característicos del viejo, como las canas y las arrugas, expresan, simbólicamente, la sabiduría y el pecado. Igualmente y en relación con la visión griega de la ancianidad y la enfermedad, los rasgos físicos asociados con la vejez

---

“En los primeros siglos del cristianismo el tema de los ancianos no interesa especialmente.”

---

---

“La mentalidad griega lleva a la concepción de la ancianidad como maldición y castigo, en contraposición con la juventud.”

---

---

“En los autores cristianos predomina una visión moral negativa de los ancianos.”

---

reciben una valoración negativa. La misma mentalidad griega lleva a la concepción de la ancianidad como maldición y castigo, en contraposición con la juventud. Para san Efrén, «Adán era eternamente joven» y el paraíso era un lugar de eterna juventud.<sup>9</sup> Tomás de Aquino presenta-

2. S. AGUSTÍN, *Sobre el Génesis contra los maniqueos*, cap.23 (cf. *Obras de S. Agustín*, tomo XV, Madrid, 1957, 409-415).

3. S. ISIDORO, *Etimologías*, libro V, t. I, Madrid, 1982, 551.

4. S. GREGORIO MAGNO, *Las morales sobre el libro de Job*, libro 34 (cf. *Sources Chrétiennes*, 32, París, 1975, 97).

5. LACTANCIO, *L'ouvrage du Dieu Créateur*, cap. IV (cf. *Sources Chrétiennes*, 214, París, 1974, 268).

6. S. JUAN CRISÓSTOMO, *Apologie de la vie monastique* (cf. *Oeuvres complètes*, tomo II, París, 1874, 22-23).

7. S. JUAN CRISÓSTOMO, *Sur l'Épître aux Romains* (cf. *Oeuvres complètes*, tomo X, París, 1874, 260).

8. S. AGUSTÍN, *Discurso sobre el Salmo 91* (cf. *Obras de S. Agustín*, tomo XXI, Madrid, 1966, 392).

9. S. EFRÉN, *Hymne sur le paradis*, Himno XI, 1 (cf. *Sources Chrétiennes*, 137, París, 1968, 145).

rá a la decadencia física y a la muerte como consecuencia de la destrucción de la justicia original.<sup>10</sup>

Hay además otro aspecto negativo. En los autores cristianos predomina una visión moral negativa de los ancianos. San Juan Crisóstomo es especialmente duro y crítico con los ancianos: «La vejez tiene algunos vicios que no tiene la juventud. Es perezosa, lenta, olvidadiza, tiene los sentidos embotados.»<sup>11</sup> San Agustín afirma positivamente que el paso de los años debilita las pasiones, pero también subraya que esos sentimientos bajos siguen presentes en el corazón de los viejos. Los manuales de confesores afirman que los ancianos que se entregan a una vida licenciosa deben ser juzgados más duramente que los jóvenes, a los que les excusa el ardor de la juventud.<sup>12</sup> Dentro de este cuadro negativo es excepción san Gregorio Magno: «Me han presentado a un pobre anciano y he sentido debilidad por la conversación de los ancianos.» El gran Papa reformador apelaba con frecuencia al testimonio de clérigos viejos y éstos suelen ocupar un lugar central en las historias que presenta.<sup>13</sup>

“Con el Renacimiento se repercute en una acentuación de lo negativo en contraposición con la juventud y belleza.”

“La cultura barroca cristiana mantiene una actitud peyorativa respecto de los viejos.”

“La Ilustración se desinteresa socialmente de los ancianos.”

Tampoco es muy positiva la presentación de los ancianos en las primeras reglas monásticas. La de san Benito tiende a equiparar a los ancianos con los niños y no concede a los años privilegios para el gobierno de la vida monástica.<sup>14</sup> La regla cisterciense dará a los ancianos el papel de guías de la juventud y les recuerda que la verdadera vejez es la sabiduría.<sup>15</sup>

La vuelta a la cultura grecorromana, que tuvo lugar con el Renacimiento, repercute en una acentuación de lo negativo de la ancianidad en contraposición con la juventud y la belleza. Autores como Maquiavelo y Francis Bacon subrayarán las consecuencias negativas de los ancianos en la vida política. La cultura barroca cristiana

10. STO. TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologica I-II*, q. 85, a. 5, q. 97, a. 1.

11. S. JUAN CRISÓSTOMO, *Commentaire sur l'Épître de Saint Paul au Tite* (cf. *Oeuvres complètes*, tomo V, París, 1874, 420-421).

12. S. AGUSTÍN, *Sobre la santa virginidad* (cf. *Obras de S. Agustín*, tomo XII, Madrid, 1966, 197; *Sermones*, sermón 138, *ibid.*, tomo VII, 397).

13. S. GREGORIO MAGNO, *Dialogues*, 1, 10-11; 9, 15 (cf. *Sources Chrétiennes*, 260, París, 1979, 103 y 89).

14. S. BENITO, *Su vida y su regla*, Madrid, 1943, 105 y 107.

15. S. BERNARDO, *Traité du reglement de la vie et de la discipline des moeurs* (cf. *Oeuvres Complètes*, tomo IV, París, 1867, 59-93); *Traité sur les moeurs et les devoirs d'un évêque* (cf. *ibid.*, tomo I, 207).

afirma que la felicidad y la perfección del hombre no se encuentra en este mundo, sino que esta vida es tránsito para la definitiva, y va a mantener una actitud peyorativa respecto de los viejos. La Ilustración da un gran relieve a la educación moral y a la instrucción de los niños, acompañado de un desinterés social por los ancianos.

En este sucinto recorrido deben necesariamente citarse las grandes acciones de las instituciones religiosas al servicio de los necesitados y de los ancianos, con especial referencia a san Vicente de Paul y al gran número de congregaciones religiosas femeninas surgidas durante el siglo XIX con una específica dedicación al mundo de los ancianos.

## EL RECIENTE MAGISTERIO DE LA IGLESIA CATÓLICA

El tema de la vejez no ha sido objeto específico de esa nueva literatura magisterial católica, surgida a finales del siglo XIX y que ha dado origen a la llamada doctrina social de la Iglesia. Ésta, como la sociedad en su conjunto, no considera a la ancianidad como clase social aparte, sino formando parte del colectivo social necesitado de ayuda y de atención. Es a partir de los años setenta cuando las ciencias humanas comienzan a abordar de forma específica esta etapa de la vida. Por ello, hasta el pontificado de Juan Pablo II no se encuentra un tratamiento amplio y específico sobre un problema que se hace especialmente agudo por el envejecimiento de la población de los países desarrollados y por la creciente conciencia de la que ha sido calificada con el neologismo de Tercera Edad.

La Constitución *Gaudium et Spes* del Vaticano II apenas alude específicamente a los ancianos, pero hace una descripción de la familia, «fundamento de la sociedad», «en la que coinciden distintas generaciones que se ayudan mutuamente a lograr una mayor sabiduría y a armonizar los derechos de las personas con las demás exigencias de la vida social» (n. 52). Insiste en la necesidad de ayudar a «ese anciano abandonado de todos» (n. 27) y en la obligación de «garantizar la subsistencia y la dignidad humana de los que, sobre todo por razón de enfermedad o de edad, se ven aquejados por graves dificultades» (n. 66). Finalmente, alude a la obligación de piedad filial y de agradecimiento hacia los padres, para asistirlos en «las dificultades de la existencia y en la soledad de la vejez» (n. 48).

En el Decreto *Apostolicam Actuositatem* se subraya la necesidad de «proveer a los ancianos, no sólo en lo indispensable, sino procurarles los medios justos del progreso económico» (n. 11) y el Decreto *Presbyterorum Ordinis*, del mismo Vaticano II, afirma la necesidad de que las diócesis proporcionen seguridad social para la protección de los sacerdotes en su vejez (n. 21).

Pablo VI en la Encíclica *Octogesima Adveniens* (1971), afirma el derecho de toda persona a una asistencia en caso de enfermedad o jubilación, insistiendo en la existencia de «nuevos pobres», entre los que cita a los ancianos (n. 15).

Juan Pablo II contiene en su abundantísimo magiste-

---

“La llamada doctrina social de la Iglesia no considera a la ancianidad como clase social aparte, sino formando un colectivo social necesitado de ayuda y de atención.”

---

“Hasta el pontificado de Juan Pablo II no se encuentra un tratamiento amplio y específico sobre un problema que se hace especialmente agudo por el envejecimiento de la población.”

---

“La Iglesia debe ayudar para descubrir y valorar la misión de los ancianos.”

---

rio y enseñanza múltiples referencias a los problemas de la vejez. En la *Laborem Exercens* (1981) reafirma el derecho a un seguro de ancianidad, que tenga como objetivo asegurar la vida y la salud de los trabajadores y de sus familiares (n. 19). En la *Sollicitudo rei socialis* (1987) insiste en el reconocimiento de los derechos humanos de toda persona, «hombre o mujer, niño, adulto o anciano» (n. 33). Finalmente, *Centessimus annus* (1991) insiste en la necesidad de prestar ayuda a todos aquellos que quedan marginados de la evolución de la sociedad y de la historia, en ese Tercer Mundo también vigente en el seno de los países desarrollados, con una especial referencia a los ancianos (n. 33).

En la Exhortación Apostólica *Familiaris Consortio* (1988), posterior al Sínodo de Obispos dedicado a la familia, Juan Pablo II alude con cierta amplitud al tema de los ancianos. Subraya, por una parte, la existencia de culturas «que manifiestan una singular veneración y un gran amor por el anciano» y en donde «lejos de ser apartado por la familia o de ser soportado como un peso inútil, el anciano permanece inserto en la vida familiar, sigue tomando parte activa y responsable —aun debiendo respetar la autonomía de la nueva familia—. Por el contrario, otras culturas, «especialmente como consecuencia de un desordenado desarrollo industrial y urbano, han llevado y siguen llevando a los ancianos a formas inaceptables de marginación, que son fuente a la vez de agudos sufrimientos para ellos mismos y de empobrecimiento espiritual para tantas familias». La Iglesia debe ayudar para descubrir y valorar la misión de los ancianos, que «ayuda a clarificar la escala de valores» y la continuidad de las generaciones: «¡cuántos niños han hallado comprensión y amor en los ojos, palabras, caricias de los ancianos!» (n. 27). En el n. 46 afirma el derecho de los ancianos a una vida y a una muerte dignas y, al insistir en la acción social que debe realizar la familia y su «opción preferencial» por los pobres y los marginados, subraya sus responsabilidades hacia varios grupos vulnerables, entre los que cita a los ancianos (nn. 47, 71 y 77).

Finalmente, *Familiaris Consortio* subraya los importantes valores presentes en los ancianos: la profundiza-

ción y fidelidad en su amor conyugal, su disponibilidad hacia los demás, «la bondad y la cordura acumulada». E insiste en las dificultades de la vida de las personas de edad: «La dura soledad, a menudo más psicológica y afectiva que física, por el progresivo decaimiento de las fuerzas, por la amargura de sentirse como un peso para los suyos, por el acercarse de los últimos momentos de la vida» (n. 77). Todas estas reflexiones llevarán a Juan Pablo II, en la *Carta de los Derechos de la Familia* (1983), a formular: «Las personas ancianas tienen el derecho a encontrar dentro de su familia o, cuando esto no sea posible, en instituciones adecuadas, un ambiente que les facilite vivir sus últimos años de vida serenamente, ejerciendo una actividad compatible con su edad y que les permita participar en la vida social» (art. 9).

Es también importante la Exhortación Apostólica *Christifideles Laici* (1988), dedicada a la misión de los laicos en la Iglesia y en donde Juan Pablo II aborda el tema de la ancianidad. Alude, en primer lugar, a la tradición bíblica que fue tan sensible a los valores de los ancianos, actitud que debe ser seguida por la Iglesia hacia esas personas «muchas veces injustamente consideradas inútiles, cuando no incluso como carga insoportable». La Exhortación constata «el acrecentado número de personas ancianas en diversos países del mundo, y la cesación anticipada de la actividad profesional y laboral», y el peligro de las personas de edad de «refugiarse nostálgicamente en un pasado que no volverá más, o de renunciar a comprometerse en el presente por las dificultades halladas en un mundo de continuas novedades». Por el contrario, los ancianos tienen una misión en la Iglesia y en la sociedad ya que no existen «interrupciones debidas a la edad», y «la entrada en la tercera edad ha de considerarse como un privilegio».

No deben sentirse al margen de la vida de la Iglesia y de la sociedad, ni «elementos pasivos de un mundo en excesivo movimiento», «no obstante, la complejidad de los problemas que debéis resolver y el progresivo debilitamiento de las fuerzas, y a pesar de las insuficiencias de las organizaciones sociales, los retrasos de la legislación oficial, las incomprensiones de una sociedad egoísta». Las personas mayores deben «ser sujetos activos de un período humano y espiritualmente fecundo de la existencia humana. Tenéis una misión que cumplir, una ayuda que dar» (n. 48).

Hay, además, una gran multiplicidad de discursos y alocuciones dedicados a los problemas de la ancianidad en donde Juan Pablo II insiste en la dignidad personal inherente a toda persona de edad; en que la relación con los ancianos puede servir para fomentar una humanización de las relaciones personales; en la exigencia de agradecimiento a nuestros mayores; en la responsabilidad eclesial para defender y promover su importancia en la vida social y en la comunidad creyente y en la atención religiosa que debe dárseles.<sup>16</sup>

El Papa Wojtyla resalta la necesidad de transformar el trabajo para los ancianos en trabajo con los ancianos y de descubrir nuevos campos de acción y realización para esas personas. Urge la responsabilidad de los medios de

16. «Vida Ascendente», en *El Papa a los mayores*, Madrid, 1991.

comunicación en presentar una visión más positiva de la Tercera Edad. Critica los modelos culturales vigentes que exaltan unilateralmente la juventud, la belleza, la eficacia, y que pueden inducir a considerar inútiles a los ancianos; por el contrario, deben presentar la ancianidad, no como un proceso inexorable de degradación biológica, sino como una fase de realización del ser humano.

Juan Pablo II insiste, también, en que las sociedades no deben sólo garantizar la ayuda para las necesidades físicas y materiales de los mayores, sino que deben ser sensibles a sus urgencias espirituales y psicológicas y reconocer los valores morales, afectivos y religiosos presentes en estas personas. Igualmente enfatiza la necesidad de crear instituciones en que las personas de edad no se sientan marginadas de su vida precedente y puedan tener un carácter familiar en una atmósfera de comunicación y de calor humano. Al mismo tiempo subraya que el ideal es que el anciano pueda continuar viviendo en su propio hogar mediante apoyos asistenciales. Debe también favorecerse un envejecimiento activo, superando el mito que tiende a identificar la vejez con la enfermedad, invalidez o inutilidad, afirmando que los ancianos deben aportar sus valores en la vida social y política. Por ello, han de aunarse los esfuerzos en favor de una mayor lon-

---

“ Los ancianos tienen una misión en la Iglesia y en la sociedad. ”

---



---

“ Juan Pablo II ha insistido siempre en la dignidad personal inherente a toda persona de edad. ”

---



---

“ El Papa insiste en que las sociedades no deben sólo garantizar la ayuda para las necesidades físicas y materiales de los mayores, sino que deben ser sensibles a sus urgencias espirituales y psicológicas. ”

---

gevidad con la atención a una mayor calidad de vida, que posibilite a los ancianos el desarrollo de una actividad acorde con su edad.

Finalmente, la última Encíclica *Evangelium Vitae* (1995) se refiere con bastante atención al problema de la ancianidad, especialmente en relación con la eutanasia, tema muy ampliamente tratado por este documento magisterial. Reconoce que la Biblia no contiene referencias sobre la problemática actual en torno a las personas ancianas y enfermas. El mensaje bíblico pondera los valores de sabiduría y experiencia existente en los ancianos en que «la vejez está marcada por el prestigio y rodeada de veneración», presentando los tiempos mesiánicos como aquellos en que «no habrá jamás... viejo que no llene sus días» (Is 65, 20). La enfermedad y la proximidad a la muerte deben vivirse como un acto de confianza en las manos de Dios y no deben empujar al anciano «a la

desesperación y la búsqueda de la muerte, sino a la invocación llena de esperanza» (n. 46).

La Encíclica considera que una mentalidad que valora al ser humano según criterios de bienestar o eficiencia, no sólo conduce al aborto o a la eutanasia, sino que constituye una amenaza sobre los miembros más débiles y frágiles de la sociedad y puede llevar a la «eliminación de recién nacidos malformados, minusválidos graves, de los impedidos, de los ancianos, sobre todo si no son autosuficientes, y de los enfermos terminales» (n. 15). En efecto, «se tiende a identificar la dignidad personal con la capacidad de comunicación verbal y explícita... No hay espacio en el mundo para quien, como el que ha de nacer o el moribundo, es un sujeto constitutivamente débil, que parece sometido en todo al cuidado de otras personas, dependiendo radicalmente de ellas, y que sólo sabe comunicarse mediante el lenguaje mudo de una profunda simbiosis de afectos» (n. 19). Todo ello está llevando a un empobrecimiento de las relaciones interpersonales en un ambiente materialista, cuyas primeras consecuencias negativas inciden sobre la mujer, el niño, anciano, enfermo, el que sufre... Se sustituye el criterio de la dignidad personal por el de la eficiencia y «se aprecia al otro no por lo que “es”, sino por lo que “tiene, hace o produce”. Es la supremacía del fuerte sobre el débil» (n. 23).

Éste es el *humus*, según la Encíclica, en que se desarrolla el debate actual sobre la eutanasia: el sufrimiento, elemento inevitable de la existencia humana, «aunque también factor de posible crecimiento personal», aparece *censurado* como inútil, combatido como mal que debe evitarse siempre y de cualquier modo. Si no se puede evitar el dolor, la vida ha perdido sentido y aumenta la reivindicación de su supresión (n. 24). Sin embargo, «nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante» (n. 57).

La Encíclica considera que el progreso de la medicina y un contexto cultural cerrado a la trascendencia confieren nuevas características a la experiencia de la muerte. Se aprecia la vida que da placer o bienestar, y «el sufrimiento aparece como una amenaza insostenible de la que es preciso librarse a toda costa». Así ha surgido la tentación de la eutanasia: de adueñarse de la muerte, poniendo fin *dulcemente* a la vida lo que es para la Encíclica «uno de los síntomas más alarmantes de la cultura de la muerte», que avanza en sociedades de bienestar de «mentalidad científicista», con número creciente de ancianos y debilitados, a los que se ve «como algo demasiado grave e insostenible», ya que, a menudo, las personas aisladas de sus familias, son evaluadas bajo criterios de eficiencia productiva y «una vida irremediabilmente inhábil no tiene ya valor alguno» (n. 64).

En este contexto aborda uno de los temas más preocupantes de la sociedad actual, especialmente de los países técnicamente desarrollados, el de la situación de las personas de edad. Afirma que «la marginación o incluso el rechazo de los ancianos son intolerables». Insiste en la gran importancia de su presencia o cercanía a la familia y en el enriquecimiento que puede surgir de esa comunicación entre las distintas generaciones. Por ello insiste en

que debe haber un *pacto* entre las generaciones, por el que los padres ancianos encuentren en los hijos la acogida y solidaridad que estos mismos recibieron cuando eran niños, ya que «el anciano no se debe considerar sólo como objeto de atención. También él tiene que ofrecer una valiosa aportación al Evangelio de la vida» (n. 94). La Encíclica afirma con dureza que una mentalidad que no asume el valor de los *débiles* «es ignominiosa y totalmente reprobable, porque pretende medir el valor de una vida humana siguiendo parámetros de “normalidad” y de bienestar físico» (n. 63).

## REFLEXIÓN FINAL

No se pueden negar las grandes dificultades que se plantean en torno a la llamada *tercera edad* —nunca en la historia humana han existido sociedades con unos porcentajes tan elevados de personas de más de sesenta y cinco años y esta tendencia se va a seguir agudizando en los próximos años en el mundo occidental y se iniciará pronto en algunos países del Tercer Mundo—. Los cambios en la estructura familiar, los nuevos roles femeninos... plantean una serie de situaciones nuevas, cuya solución no es fácil. Pero también es verdad que unas sociedades que supervaloran la eficiencia, la juventud y el cultivo del cuerpo, son especialmente insensibles para ponderar los profundos valores de humanidad y de experiencia presentes en los ancianos, y que es urgente repensar las actitudes sociales ante esos segmentos cada vez más abundantes en nuestra sociedad, a los que se tiende a condenar a una *muerte social*, con anterioridad a su propia muerte física.

La tradición bíblica tiene en su conjunto una valoración positiva de los ancianos, en una línea equiparable a la cultura de otros pueblos primitivos, en los que la tradición oral, mucho más importante que la escrita, confería una especial relevancia a las personas con mayor expe-

riencia y conocimiento. De ahí el gran valor conferido a los *presbyteroi*, aunque este término posea posteriormente un sentido más amplio y menos exclusivo en su aplicación a los viejos. Como en otros temas, por ejemplo el de la sexualidad, el proceso de inculturación, realizado por el primer cristianismo, le llevó a asumir la concepción peyorativa hacia la ancianidad vigente en la tradición griega lo que expone con amplitud Diego Gracia en este libro. Debe reconocerse que, en el conjunto de la historia de la Iglesia, se difumina en los escritos eclesiales aquella primera valoración bíblica de los ancianos para insistir en las exigencias de caridad y de beneficencia existentes hacia ellos.

Es significativo que, en el último siglo y dentro de la enseñanza social de la Iglesia, se dé poco relieve específico a los problemas de la ancianidad. A la hora de espiar textos sobre los ancianos en las grandes encíclicas papales, hay que referirse con frecuencia a breves alusiones o a aplicarles los textos generales en que se critican las injusticias sobre grupos sociales más desprotegidos. Es más rico el contenido de las enseñanzas de Juan Pablo II en sus numerosos escritos. Pero se echa en falta un gran documento en que la Iglesia reflexione con mayor amplitud sobre la ancianidad en un mundo en que porcentajes crecientes de personas están entrando en esa etapa de la vida.

Ante otra importante asignatura pendiente de la Iglesia, el de la mujer, si se le ha dedicado un Sínodo de Obispos y un importante documento, *Mulieris Dignitatem*. Consideramos que algo similar debería realizarse en el tema que nos ocupa. No se puede negar que en la enseñanza del Papa actual existen importantes intuiciones y pistas de acción, pero pueden dejar la impresión de ser excesivamente genéricas y de constituir declaraciones de buena voluntad, de indiscutible raigambre evangélica y cristiana, pero difícilmente operativas y aplicables a las situaciones concretas en que hoy se desarrolla la vida de las personas ancianas.

# ¿QUÉ DEBEMOS A LA GENTE MAYOR?

## Asignación de Recursos Sociales y Sanitarios\*

**Ruud Ter Meulen**

*Institute for Bioethics. Maastricht.*

**Eva Topinkova**

*Institute for Postgraduate Medicine. Praga.*

**Daniel Callahan**

*The Hastings Center. Briarcliff Manor, N. Y.*

Ya no es noticia que la atención sanitaria de los mayores es uno de los problemas más desalentadores de las décadas que vienen. Las estadísticas demográficas de todo país desarrollado muestran un gran incremento en el número y proporción de los mayores, particularmente para después del 2005, junto a la disminución correspondiente del número y proporción de la gente joven —los que tendrán la responsabilidad financiera y social de los mayores. El incremento proyectado de los mayores es particularmente notable para los mayores de 85 años.

Mientras la mayoría de las personas mayores, particularmente los que se encuentran entre los sesenta y setenta años, son saludables y vigorosos, otros muchos no lo son, y a los ochenta años estarán cada vez más afectados de alguna enfermedad crónica, alguna discapacidad o ambas. La escasez de recursos para el cuidado institucional y particular es ya un problema vejante y doloroso para muchos países y puede que en el futuro todavía empeore. Las necesidades crecientes de los mayores llegan, desgraciadamente, en un momento en que casi todos los países desarrollados están bajo grandes presiones presupuestarias, exacerbadas todavía más por el incremento de la alta tecnología más exitosa —pero, a menudo, más costosa— y de técnicas médicas de cuidado intensivo para los mayores.

Aunque muchos gobiernos no han sido indiferentes a esas tendencias, se han hecho pocos planes serios e incluso ni se han tenido discusiones serias sobre el futuro. El tema de asignación de recursos a los mayores es, en casi todos los sitios, un tema difícil y delicado. Mientras algunas naciones tienen grupos de gente mayor políticamente activos, que hablan por sí mismos de un modo efectivo, otros muchos no los tienen. Y mientras muchos países intentan pensar en las necesidades sanitarias de los mayores, las presiones para mantener bajos los costes ofrecen pocas opciones disponibles.

Para dirigir algunos de estos problemas, el Hastings Center y el Instituto de Bioética de Maastricht, Países Bajos,

organizaron conjuntamente un proyecto internacional sobre asignación de recursos y personas mayores. Tomaron parte representantes de ocho países: Suecia, Bélgica, Alemania, Reino Unido, La República Checa, Hungría, los Países Bajos y Estados Unidos. Fue un grupo activo e interesante, pluralista en sus perspectivas, bases disciplinarias, y culturas, pero compartiendo el deseo de atraer la atención del gran público y de los profesionales sobre los problemas que plantea la atención sanitaria de los mayores.

La primera tarea de los participantes en el proyecto era encontrar una fórmula útil de plantear los temas, y particularmente de poner los problemas sanitarios en un contexto muy revelador. El grupo formuló cuatro áreas principales de preocupación:

**EL SENTIDO Y SIGNIFICADO DE LA VEJEZ.** ¿Cómo entendemos en las sociedades modernas el lugar que ocupa el envejecimiento en el ciclo de la vida, el significado de la vejez en la sociedad, y el sentido que los mismos mayores dan a su situación?

**LOS OBJETIVOS DE LA MEDICINA Y EL CUIDADO SANITARIO PARA LOS MAYORES.** El cuidado sanitario ha pasado por muchos cambios en las décadas recientes, en particular al abrir nuevas posibilidades para la mejora de la salud: ¿Cómo debería formular la medicina ahora sus objetivos en el cuidado sanitario para los mayores?

**EQUILIBRANDO LAS NECESIDADES DE LOS JÓVENES Y DE LOS MAYORES.** Ya que serán los jóvenes los que soporten los costes del cuidado sanitario de los viejos. ¿Qué podrán pedir razonablemente los mayores, y qué se debería esperar razonablemente que los jóvenes hicieran por ellos?

**ASIGNACIÓN DE RECURSOS Y PRIORIDADES SOCIALES.** Todo sistema de cuidado sanitario se enfrenta ahora a restricciones financieras. ¿Cómo deberían pensar las sociedades sobre la asignación de recursos a los mayores y, si son necesarios límites, cuál es la manera más justa de fijarlos?

**FAMILIAS, SOCIEDAD, MUJERES Y CUIDADO A LARGO TÉRMINO.** ¿Hasta dónde se espera que las familias puedan llegar en el cuidado de sus miembros mayores y, en el futuro, cómo se puede hacer menos presión injusta sobre la mujer para que proporcione el cuidado familiar?

Cada uno de estos cinco temas generales plantearon dificultades, unos porque plantean problemas morales profundos y otros porque aunque los problemas morales parecían menos profundos, las cuestiones de orden práctico podían llegar a serlo más. Es importante reconocer que los países de la Europa Oriental están ahora en el proceso de reducir su énfasis tradicional en el estado de bienestar y están trabajando para privatizar parte de sus sistemas de atención sanitaria. Como en los Estados Unidos, el público se resiste a pagar más impuestos. En los países

\* Agradecemos a The Hastings Center y a los autores su colaboración al permitirnos traducir y publicar este artículo: TER MEULEN, R.; TOPINKOVA, E. Y CALLAHAN, D. *What do we owe the elderly?: allocating social and health care resources.* Hastings Center Report 1994; 24 (2). Special supplement.

*de la Europa Central, se están haciendo esfuerzos enormes de reforma, pero la falta de dinero es aún más severa. Estos cambios en la viabilidad económica de los sistemas sanitarios corrientes llegan en mal momento, cuando la necesidad y la demanda pública de un buen cuidado sanitario para los mayores continúa creciendo.*

*Los artículos en este tema especial del informe han sido escritos por participantes del proyecto. Quisiéramos agradecer a Mark J. Hansen del Hastings Center y a los editores del Hastings Center Report por su asistencia al hacer posible este tema especial.*

Dejando aparte accidentes o infortunios, la mayoría de los seres humanos, en las sociedades desarrolladas, pasarán de la juventud, a través de la edad madura, a la vejez. Incluso ahora, puede haber más sorpresas en el grupo de aquéllos que se encuentran a las puertas de la vejez que en los ya bien entrados en años —una mayor oportunidad de vivir con buena salud a los noventa años y, lo que es aún más extraordinario, para un número cada vez mayor de ellos existe la posibilidad de vivir más allá de los 100 años. Para los que ahora están en la media de edad, las perspectivas son todavía más esperanzadoras, consistiendo en mejor salud en los primeros años, un incremento del conocimiento preventivo, y de los avances tecnológicos. Durante el siglo veinte, las expectativas de vida al nacimiento han aumentado en más de treinta años. Y ante las sorpresas demográficas de las recientes décadas, que han sobrepasado todas las perspectivas de longevidad, es imposible incluso especular de modo inteligible sobre las perspectivas de futuro para los jóvenes y aquéllos que acaban de nacer.

Con todo, estos grandes cambios empiezan a traer consigo algunos problemas sociales, económicos, y médicos extremadamente preocupantes.

- Si una mayoría de personas mayores, especialmente aquéllos que están entre los sesenta años y los setenta, gozan de buena salud y vigor, otros no están así; y cuando alcancen los ochenta habrá muchos más que presentarán alguna enfermedad crónica o discapacidad.
- Si existe cada vez más entusiasmo por incrementar las ventajas de la medicina de alta tecnología para la gente mayor, el coste de tal progreso puede ser enorme.
- Si cada vez hay más personas mayores que tienen capacidad para continuar trabajando, más allá de las edades de la jubilación obligatoria, las dificultades económicas de muchas sociedades, acosadas por altas cifras de desempleo, no podrán conseguir fácilmente que esto sea posible.
- Si cada vez hay más personas mayores que pueden cuidar de sí mismos en sus hogares, sólo con un moderado grado de ayuda familiar, cada vez hay menos miembros de la familia en el hogar para proporcionar esa ayuda.
- Si cada vez hay más países que tratan de comprender las implicaciones económicas de una sociedad que envejece y la necesidad de incrementar y mejorar los servicios, estos mismos países perciben también la

creciente resistencia del que paga las contribuciones para un bienestar y unos programas de salud que resultan muy caros.

Las dimensiones generales del problema de la gente mayor son bien conocidas. Incluyen, en todos los países desarrollados, proyecciones demográficas que señalan un gran crecimiento en número y proporción de gente mayor durante las próximas décadas, junto con el declive correspondiente y correlacionado de la gente más joven en número y proporción. El crecimiento de la gente mayor es particularmente notable entre aquéllos que pasan de los ochenta años. Incluso en los países representados en este proyecto, en poco tiempo, ese grupo crecerá del 15 al 30 por ciento entre el año 1990 y el 2000. Solamente para mantener el nivel de los servicios existentes en

“En todos los países desarrollados se señalan un gran crecimiento en número y proporción de gente mayor durante las próximas décadas.”

1990, será preciso un crecimiento de los recursos del 15 al 30 por ciento para el cuidado informal e institucional —cifras desalentadoras frente a las presiones para mantener un nivel bajo de estos gastos en todos los países—. Si las proyecciones demográficas y económicas se cumplen en los años 2020 y 2030, cuando la presente generación de gente de mediana edad haya llegado a la edad de la jubilación, los números son mucho más desalentadores.

Los gobiernos de los países desarrollados no se han mostrado indiferentes a estas tendencias demográficas que van emergiendo. Ninguno de ellos las ha ignorado por completo. Con todo, hay un grado notable de varia-

“No ha habido planificaciones ni discusiones serias sobre el futuro a pesar de la existencia de datos que ensombrecen la clase de problemas que aparecerán.”

ción entre un país y su vecino. Algunos presentan programas gubernamentales para mejorar, a corto plazo, el status social, económico y médico de la gente mayor, pero comparativamente se esfuerzan poco para comenzar a prepararse ahora para las potenciales presiones de un futuro próximo. Las planificaciones a largo plazo, particularmente las que tratan aquel proceso de los ahora-jóvenes que serán un día la nueva generación de gente mayor, están ausentes en casi todas partes. No ha habido planificaciones ni siquiera discusiones serias sobre el futuro a pesar de la existencia de datos y tendencias que ensombrecen claramente la clase de problemas y dilemas que ciertamente aparecerán.

Incluso los actuales programas y políticas tienen un carácter errático cuando tratan de esas crisis ya presentes.

Algunos países que presentan programas gubernamentales, hasta cierto punto ventajosos, revelan la existencia de escasos esfuerzos, y éstos relativamente débiles, para la organización de programas de voluntariado para la gente mayor a fin de ayudarles a organizarse por sí mismos como una fuerza política. Algunos países poseen potentes programas sobre cuidado médico de agudos para la gente mayor pero sus programas sociales y de cuidado a largo plazo son más endeble. Algunos países han iniciado serios esfuerzos a fin de encontrar un lugar social para los mayores más significativo y digno, mientras en otros la gente mayor parece que son principalmente considerada como una carga, un objeto de discriminación y un estigma. No es nuestra intención señalar ningún país en particular para alabarlo o censurarlo, y reconocemos que algunos de los países incluidos en nuestro estudio —particularmente aquellos de la Europa Central— solamente ahora están saliendo de unas décadas desastrosas de dominio comunista y tienen que enfrentarse a enormes problemas en la reforma de sus programas de bienestar y de salud. (Al mismo tiempo, y estamos seguros, tienen algunas oportunidades enormes y nuevas).

## FINALIDAD DE ESTE INFORME

El fin de este informe es presentar las reflexiones de un grupo internacional de investigación que enfocó su atención hacia los problemas morales del cuidado de la gente mayor en los años que van a seguir, y en particular el problema de la distribución equitativa y razonable de recursos. Insistiendo en los problemas *morales*, queremos llamar la atención sobre una dimensión frecuentemente olvidada en la discusión pública y profesional: la de las obligaciones que los individuos y la sociedad deben a la gente mayor, los obligaciones recíprocas de parte de las personas de edad y los dilemas éticos que una inquietud sensible hacia ellos no puede evitar. De forma más general, queremos llamar la atención sobre los cambios de valores que a menudo encubren, y las consideraciones de una discusión que, en la mayoría de países, se limita sólo a convenios económicos e institucionales.

Nuestro grupo de investigación, determinó ya en su inicio, que la finalidad de su trabajo incluiría los programas médicos y los programas más generales de bienestar, y así se podrán compaginar las perspectivas sociales, económicas y sanitarias para *el cuidado de la gente mayor*. Sin embargo, es justo afirmar, que nuestro informe está comparativamente más orientado hacia los aspectos médicos del problema. Pronto se identificaron en el proyecto cinco dimensiones del tema general, y nuestras investigaciones se movieron constantemente de una a la otra.

Estas integran los puntos básicos de este informe:

- Significado y sentido del envejecimiento en la sociedad contemporánea.
- Metas de la medicina y del cuidado de la gente mayor.
- Establecer un balance entre las necesidades de los jóvenes y de los viejos: las obligaciones intergeneracionales.

- Distribución de recursos y prioridades sociales: fijar límites.
- Familias, mujeres, sociedad, y cuidado a largo plazo.

Estos cinco elementos se desarrollan más extensa y detalladamente en otras publicaciones sobre este proyecto.

En el centro de nuestro trabajo de grupo y de nuestras reflexiones se encontraban dos objetivos interrelacionados. El primero consistía en ver si nos era posible desarrollar un marco moral y filosófico sobre el cuidado de los mayores que pudiera servir para marcar las normas públicas de manera eficiente. Cómo pueden conceptualizarse y desplegarse de la mejor manera posible las obligaciones que la sociedad tiene hacia las personas mayores, a fin de dar contenido al trabajo cotidiano de dentro de los programas y políticas sobre los mayores? El segundo fin consistía en ver si se podía conseguir la integración coherente de cuatro elementos dentro de una política pública moralmente fundada.

Éstos son:

- Dar más prioridad a las necesidades sociales y de bienestar de los mayores, junto con un énfasis mucho mayor, que el de ahora, en la reducción de la morbilidad.
- Entender mejor y hacer más aceptable para la sociedad, la naturaleza de los lazos que unen a jóvenes y mayores, y cómo estos lazos pueden ser mejor definidos éticamente, al elaborar los programas para los mayores.
- Comprender la naturaleza de la responsabilidad familiar hacia los mayores en tiempos de gran cambio sobre la esencia de la familia y las posibilidades de ésta para proveerles de cuidados.
- Ver dónde la responsabilidad de los mayores para consigo mismos se acomoda a la situación de un tiempo en el que las nuevas oportunidades para la vitalidad e independencia de los mayores chocan contra un telón de fondo de restricciones del gasto en los programas gubernamentales de salud y bienestar designados al cuidado de los mismos.

Con el fin de articular estos cuatro elementos de un modo algo diferente, nuestro grupo tenía el deseo común de descubrir si nos era posible discernir una trayectoria, o incluso una visión para el futuro que incluyera un conjunto modificado de objetivos médicos, una renovación de los lazos de solidaridad entre generaciones, y una nueva negociación de la relación tripartita entre las obligaciones de los mayores de cuidarse de sí mismos, la de las familias de cuidar de ellos, y la del gobierno que debe considerar este cuidado como una obligación de estado. También nos animaba el deseo de ver si las posibilidades de minimizar, e incluso evitar si fuera posible, algunos dilemas trágicos y los conflictos del futuro.

Éstas incluyen:

- El conflicto potencial entre los jóvenes y los mayores sobre una mutua necesidad de recursos.
- Un angustioso vacío moral entre las posibilidades de mejorar médicamente la salud de la gente mayor y una voluntad o capacidad de la sociedad de pagar por ella.

— Los terribles conflictos dentro de las familias ante el choque de las necesidades de los padres mayores y de los consortes, lo cual conlleva un cambio en el papel que desempeñan las mujeres, las necesidades crecientes de los niños en la familia, y una temida restricción de los recursos que vienen del gobierno para satisfacer esas presiones.

No podemos afirmar que hemos llegado al fondo de este complejo grupo de problemas. Si, tomados individualmente, ya son bastante difíciles, lo serán mucho más si los vemos totalmente y juntos. Con todo, esperamos que las seis recomendaciones que hacemos más abajo, y el comentario que les acompaña, sugieran una fructífera dirección para el futuro. Todos necesitamos saber en qué dirección *general* debemos comprometernos. Por lo menos el saber esto, aunque de por sí no aportará ningún alivio a las minuciosas complejidades de la política del bien público, podría dar al trabajo una perspectiva coherente y un marco moral, y esto sería una ayuda.

## UN PRERREQUISITO NECESARIO

Antes de pasar a nuestras recomendaciones específicas, es necesario subrayar un prerrequisito de una buena política pública sobre los mayores. Como ya se dijo arriba, existe de un país a otro una variación significativa, en la atención que el Gobierno concede a los mayores y una considerable disparidad en el tipo y calidad de información que se tiene sobre ellos. Aquí hay dos temas que deben distinguirse. Uno de ellos es la necesidad de que el gobierno indique en sus programas y prioridades la importancia que asigna al bienestar de los mayores. Las actividades del gobierno a favor de los mayores deberían ser en gran manera enérgicas y visibles, como señal de la seriedad de su compromiso. Esto es importantísimo para los mayores que necesitan una evidencia continua de que se ha otorgado un alto grado de atención a sus preocupaciones y necesidades. No deben sentirse abandonados u olvidados, e incluso el esfuerzo simbólico del gobierno de dar a las instituciones y departamentos encargados de su bienestar un lugar de prestigio y de relevancia es ya un paso importante en esa dirección.

El otro tema es saber cuál es la mejor manera de organizar programas y políticas para la gente mayor. ¿Deberían éstos estar centralizados dentro de un programa gubernamental o deberían ser distribuidos entre diferentes departamentos y entre el sector público y el privado? Aun cuando una centralización gubernamental pueda tener sus virtudes y valores prácticos, mucho más podría decirse de la variedad de instituciones y agencias gubernamentales, públicas y privadas. La centralización incrementa la probabilidad de una burocracia rígida y excesiva. Como contraste, una pluralidad de instituciones tiene como ventajas: la flexibilidad, diferentes enfoques y estrategias para diferentes temas, y una mayor posibilidad de responder a problemas particulares. Sin embargo, al mismo tiempo, le queda al Gobierno un importante papel a jugar, el de intentar, formal o informalmente, coordinar los diferentes programas y así mantenerlos en contacto recíproco, y asegurar la supervisión a fin de que ningún

problema importante quede desatendido. La coordinación entre programas federales y estatales, así como también entre otras instituciones y universidades, institutos de investigación y compañías de seguros, será una parte muy importante de tales esfuerzos.

Hay un papel muy importante que solamente el gobierno puede desempeñar, el de la recolección y publicación de datos sobre los mayores y sobre los factores económicos y sociales que pueden afectar a su bienestar. La recolección de tal información requiere poderes y recursos legales, así como la habilidad de vigilar cuidadosamente la totalidad del diseño del bienestar de los mayores. Aun cuando exista una variación de un país a otro en la amplitud y la sofisticación de los mecanismos para recoger datos y en los datos actualmente recogidos, aparecen con evidencia algunas divergencias comunes. Los más notables afectan al abastecimiento del cuidado de la salud fuera de las instituciones y al conocimiento sobre el cuidado y los servicios informales.

Incluso una determinación sobre cuántos y qué clase de recursos médicos y de bienestar social consumen los mayores es difícil, sino imposible, de valorar en la mayoría de los países. La relación entre el coste en el sector de los servicios médicos y en el sector del servicio social permanece un misterio en casi todas las partes. Y lo mismo ocurre en la proporción relativa entre los fondos utilizados en alta tecnología y servicio de agudos, por una parte, y la baja tecnología, y los servicios médicos de base, por otra. El hecho de que en diferentes países, cuando se recoge esta información, si se recoge, se efectúa de varias maneras, es quizás comprensible dadas las distintas tradiciones y formas de gobierno. Pero ello también indica una ausencia en la comunidad internacional de métodos científicamente establecidos y aceptados para recoger información fidedigna y consistente, lo que supone una pérdida para los mismos países, para la comunicación internacional y para los esfuerzos de reforma compartidos. Este problema es particularmente urgente en los estados miembros de la Comunidad Europea, que intentan unificar su política en varias áreas sociales. Si los gobiernos carecen de datos útiles, las posibilidades de instituir una política relevante y eficaz se ven seriamente disminuidas. Así pues es imperativo que los gobiernos desarrollen sistemas útiles para recoger y analizar datos sobre los mayores y que pongan esta información a disposición del público, de las agencias públicas y privadas de manera oportuna y útil.

## RECOMENDACIONES CLAVE

Debemos hacer seis recomendaciones. Se sitúan en dos clases generales: las cuatro primeras hacen referencia a los temas que creemos más urgentes y con los que ha de enfrentarse la política pública en el futuro, y las dos últimas afectan a algunas condiciones previas necesarias para tratarlas.

### Recomendación 1

*El objetivo futuro más importante de la medicina para los mayores debería ser una disminución de la mor-*

*bilidad y de las discapacidades y no un esfuerzo explícito para reducir la mortalidad o incrementar el término medio de esperanza de vida. La vejez es una condición inevitable de la vida humana, que no debería ser definida como un problema médico que debe ser conquistado o como un conjunto de problemas completamente susceptibles de ser resueltos médica o científicamente. Los seres humanos continuarán envejeciendo, poniéndose enfermos y muriendo.*

Directa o indirectamente, el significado que se dé sobre la edad avanzada determinará mucho la distribución de recursos. Y esto se verá también complementado por el modo como la medicina comprenda su función y posibilidades en el cuidado de los mayores. Con todo, la medicina en los tiempos modernos ha exhibido una ambivalencia fundamental sobre la senectud y la muerte que se sigue después. En cierta manera, comprende suficien-

“La vejez es una condición inevitable de la vida humana, que no debería ser definido como un problema médico que debe ser conquistado o susceptible de ser resuelto médica o científicamente.”

temente bien que la vejez es el destino de todos los organismos, y que la muerte es el inevitable punto final de su vida. Sin embargo, no parece menos cierto que la medicina científica —ambiciosa, llena de esperanza, y expansiva en sus fines— ha llegado a separar la vejez y la enfermedad; la dolencia y la muerte. La aspiración de esa medicina es eliminar, tantas enfermedades y condiciones nocivas como sea posible, relacionadas hasta ahora con el envejecimiento, y curar todas las enfermedades que ocasionan la muerte.

En gran medida, este experimento ha constituido un gran éxito. Gran número de personas, con la ayuda de la medicina, viven muchos años con una salud relativamente buena, permaneciendo activos y capaces de cuidarse de sí mismos. Y la mayor proporción de gente que vive tiempo suficiente como para llegar a la vejez es también otra señal del éxito de esta empresa.

Con todo, ese éxito, y especialmente la esperanza de llegar todavía a más, se ha conseguido pagando un precio. Ha creado una enorme desviación en la mayoría de los sistemas de salud a favor de aquellas formas de medicina —especialmente la medicina hospitalaria y los servicios de enfermos agudos— encaminadas a curar enfermedades y retrasar la muerte. El poder y el prestigio de la medicina moderna ha permanecido en la búsqueda de la medicina curativa, el uso de la alta tecnología y de servicios de enfermedades agudas con el fin de alargar la vida. Esta potente tendencia, más pronunciada desde la segunda guerra mundial, ha relegado inadvertidamente a un inferior segundo plano la gran variedad de servicios de cuidados de enfermería, de prevención y de rehabilitación que necesitan las personas mayores cuando la medicina aguda no puede ayudarles más. Mientras muchos países han pretendido exaltar la frase cuyo pasado se

remonta hasta el British National Health Service «añadir vida a los años más que años a la vida», el incremento del prestigio de la alta tecnología, de la medicina que salva vidas y el aumento de los recursos destinados a esto con frecuencia han eclipsado esa idea. Es ésta todavía una idea importante, que debe ser mantenida tan vigorosamente viva como sea posible y utilizada para promocionar aquellos programas que ciertamente añadirán «vida a los años».

Se dedica poco prestigio, recursos inadecuados, y mucha menos investigación a mejorar o estabilizar las vidas de aquéllos que están más allá de la medicina de alta tecnología. Una parte tradicional de la ética de la medicina, aquella que cuida de aquéllos que no pueden ser curados, a veces es olvidada y más frecuentemente privada de los recursos necesarios para hacerla eficiente y significativa en las vidas de las personas mayores.

Esta tendencia ha sido aún más desafortunada si se considera conjuntamente con la creciente carga de enfermedad crónica y de discapacidad que, en estos tiempos modernos, se han convertido en la marca de la edad de la vejez. A medida que los índices de mortalidad disminuyeron, los índices de morbilidad aumentaron. El efecto que produce una vida más larga es, con frecuencia, más enfermedad; aquéllos que en el pasado habrían muerto, ahora pueden ser salvados, pero no quedan de nuevo necesariamente y del todo bien.

En el futuro una distribución de recursos sensible y humana para la gente mayor deberá ser preparada teniendo en cuenta una mejor proporción entre el curar y el cuidar. Cuando la presión económica es fuerte, curar es lo que debería ceder el paso al cuidado, no al revés. Una medicina que puede salvar vidas pero que deja más gente enferma y discapacitada, irónicamente puede causar más problemas que los que resuelve, evitando, con frecuencia que la gente muera rápidamente, pero dando, en su lugar una vida más larga, marcada por la enfermedad y la disminución. Ahora es tiempo de reconocer y actuar sobre la necesidad siempre creciente de mejorar la calidad de vida de la gente mayor y no simplemente de prolongar sus vidas.

La medicina no puede evitar ni el envejecimiento ni la muerte, solamente mejorar su impacto y cambiar su tiempo. No se debería esperar que la medicina conquiste el ocaso del cuerpo humano, sino solamente suavizar sus golpes. La gran frontera del cuidado de la salud de los mayores es la reducción, no de los promedios de mortalidad, sino de la morbilidad y la discapacidad asociadas con la vejez. Se debe promocionar un público que no sea engañado y crea que la medicina puede conquistar la muerte, o todas las causas de muerte, un público que comprenda el hecho inevitable de la mortalidad. Un público promocionado no esperará fácilmente o exigirá lo que no se le puede dar, ni será encaminado a la inversión de una cantidad injusta y excesiva de recursos sociales en una lucha contra el declive del poder corporal y el aumento de la amenaza de muerte que son partes de la vejez.

Al enfatizar la necesidad de alcanzar un mejor equilibrio entre curar y cuidar, no intentamos minimizar la importancia que los nuevos desarrollos técnicos pueden

tener para la salud de la gente mayor, sea en la curación o en el cuidado. La ciencia médica debería aumentar, y así lo desea, su conocimiento del proceso biológico del envejecimiento, y parte de este conocimiento le conduciría a unas aplicaciones tecnológicas útiles para el alivio de la enfermedad y sus síntomas. Al mismo tiempo, es seguro que continuaría la reciente tendencia, muy fuerte e importante en el tratamiento médico de los mayores: la aplicación con éxito a los mayores de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento técnicos desarrollados originalmente pensando en la población más joven. Los avances en la diálisis renal y cirugía a corazón abierto son dos ilustraciones obvias de esta tendencia. Desarrollos más recientes y de gran importancia son las tecnologías para facilitar el cuidado a domicilio. Necesitarán una evaluación no menor que la de las tecnologías de hospitales y clínicas. Ellas tienen un potencial doble el de disminuir las presiones en los miembros de las familias, y también el de aumentar el coste del cuidado a domicilio de modo significativo.

Con todo es imperativo que haya una evaluación cuidadosa, científicamente sólida del uso de las tecnologías médicas en el cuidado de las personas mayores. En algunos países, que fueron parte de nuestro estudio, hay una preocupación razonable y bien fundada, de que los mayores no reciben el beneficio de tecnologías médicas que serían de provecho para ellos, ya sea por razones de tipo económico o porque tienen un conjunto de prejuicios médicos anticuados sobre lo que constituye el cuidado adecuado de la gente mayor. En otros países, como contraste, la preocupación es precisamente la opuesta: se derrocha demasiada alta tecnología médica a favor de los mayores sin la suficiente consideración por los actuales beneficios a los mismos. Sin embargo, lo que parece obvio, en ambos casos, es la necesidad urgente de una valoración cuidadosa de las tecnologías médicas en el cuidado y tratamiento de la gente mayor. El nuevo movimiento internacional de evaluación de la tecnología, que incorpora un esfuerzo por evaluar los resultados médicos necesita apoyo y soporte económico. ¿Qué tecnologías y bajo qué condiciones, pueden ser útiles para conservar la salud y la vida de los mayores? ¿Qué tecnologías pueden ayudar, pero a causa de su gran coste, plantean serios dilemas económicos y morales? Actualmente hay pocas respuestas a estas preguntas. Tampoco es menos importante la necesidad de formar aquellos que cuidan a la gente mayor para que consideren el método sobre valoración a medida que va siendo disponible. Su propio juicio clínico y conocimiento de la situación deberán ser renovados, y a veces modificados, mediante la información y estudios científicos más generales.

Al mismo tiempo —y ante las tecnologías en desarrollo— la fuerte y moderna desviación hacia la medicalización de los problemas del envejecimiento debe ser rechazada con firmeza. El prestigio de la medicina como una fuente de ingresos; la legitimación médica de condiciones socialmente preocupantes, y el éxito de la medicina al tratar un amplio margen de problemas humanamente humillantes han convertido en una tentación el ver en el pensamiento médico y la investigación una panacea para todos los problemas sociales e individuales. Esto puede

significar que se trate a la vejez misma como un problema que se puede corregir, o usar términos médicos, y el prestigio médico como una sombrilla bajo la cual se pueden poner todos los problemas de la vejez.

Un buen servicio de salud para los mayores requiere muchos servicios y la ayuda de muchas instituciones que no son, en absoluto, parte de la medicina. Los programas económicos y de jubilación que pueden significar directamente una gran influencia en las condiciones de vida de los mayores e indirectamente una no menos importante influencia en la salud de los mayores, quedan fuera de la medicina y ciertamente con razón. Lo que es importante es no medicalizar todas las necesidades de la gente mayor, sino coordinar entre un número de campos y servicios médicos y no-médicos toda la serie de necesidades de los mayores. Medicalizar todas estas necesidades, e incluso una gran proporción de ellas, comunica un mensaje equivocado sobre el significado y lugar del envejecimiento en la vida humana, tiende a disminuir la importancia de los servicios sociales no-médicos y confiere a la medicina el papel central para mejorar las vidas de los mayores —un papel que no se le debería imponer.

Un creciente énfasis en la formación geriátrica para todos los profesionales de la salud cuyo enfoque sea el de las necesidades sociales y médicas de los mayores, junto con una expansión y mejora del campo de la geriatría, sería una importante contribución para mejorar el cuidado de los mayores.

## Recomendación 2

*La conservación de un firme sentido de solidaridad entre las generaciones se ha convertido —ante la presencia de presiones fragmentarias y competitivas y la incertidumbre sobre la naturaleza y extensión de la obligación ética— en un problema urgente de diálogo y educación social. Los mayores seguirán dependiendo en gran parte de los jóvenes, tanto en los recursos económicos adjudicados por el gobierno mediante los impuestos, o directamente a través de las familias, y del cuidado personal que reciben de los jóvenes en la intimidad de la vida familiar.*

Una característica importante de los países del mundo en vías de desarrollo es la distribución en forma piramidal de los diferentes grupos de edad, con gran preponde-

---

“La conservación de un firme sentido de solidaridad entre las generaciones se ha convertido en un problema urgente de diálogo y educación social.”

---

rancia de jóvenes y niños en la base de la pirámide. Como contraste, los países desarrollados muestran una creciente pauta cilíndrica en la que el número de los mayores se acerca al de los menores de dieciocho años. Las implicaciones de este modelo son alarmantes: un número reducido y proporcional de jóvenes será el responsable del

bienestar y de los programas médicos que necesitan los mayores.

Este desarrollo plantea dos retos diferentes. Uno de ellos es de orden práctico. ¿Qué clase de políticas financieras pueden desarrollarse para asegurar unos recursos adecuados para los mayores sin imponer cargas insostenibles a los jóvenes? El otro es moral: ¿cuál es el modo equitativo y justo de distribuir política y proporcionalmente los costes económicos y sociales con el fin de proveer los recursos adecuados a los mayores? Detrás de esta pregunta todavía late otra. ¿cuáles son las obligaciones morales que tienen los jóvenes de cuidar de los mayores, tanto de los que pertenecen a su familia como de los extraños? Dentro de la familia quizás el tiempo y la preocupación personal puedan ser más necesarios que la ayuda económica; cuando se trata del cuidado de los extraños, la obligación se puede cumplir por medio del mecanismo impersonal de los impuestos.

Sin embargo, al final, la práctica y la moral no se pueden separar fácilmente. Un sistema operativo y práctico para una distribución adecuada de recursos a las personas mayores debe incluir un grado significativo de ayuda pública, de otro modo los mayores serán desatendidos o recibirán sólo ayuda marginal. Probablemente la fuerza de mayor motivación para un aporte público adecuado será el sentido de la obligación moral que se tiene hacia las personas mayores. Pero ese sentido se sentirá fuertemente reforzado mediante un reconocimiento global de que la prudencia individual auto-interesada tiene también que desempeñar un papel vital: todos envejecemos y todos corremos los riesgos de las amenazas de la vejez. No se trata sólo de que los otros puedan necesitar buenas medidas y servicios; se trata también de nosotros mismos.

El fundamento moral tradicional de las obligaciones hacia las personas mayores ha sido la reciprocidad intergeneracional, la noción, relativamente simple, de que los mayores tienen obligaciones sobre el bienestar de los jóvenes y de que los jóvenes tienen a su vez obligaciones sobre el bienestar de los mayores. La noción de gratitud, particularmente dentro de las familias, ha sido un importante fundamento, complementario o alternativo de esta obligación. La dependencia de los jóvenes se iguala a la dependencia de los mayores. Así pues es justo y razonable que los grupos de distinta edad estén preparados, en la medida que puedan, a procurarse recursos mutuamente tal como lo requieran las circunstancias cambiantes de sus vidas y el paso a un estado de dependencia.

Con todo, las tradiciones morales de reciprocidad se hallan sometidas a muchas formas de corrosión sutil o de ataque directo. En algunos casos la fragmentación y movilidad de familias, en otro tiempo intactas, y muy unidas entre sí, al menos por la proximidad, ha creado una distancia física entre los miembros jóvenes y los mayores, lo que dificulta la existencia de un soporte físico y emocional. En otros casos, la expectación de muchos estados de bienestar de que es obligación del gobierno, no de las familias, el proveer el sustento básico a las personas mayores ha debilitado el sentido de la obligación personal hacia el destino de un miembro de la familia. En tiempos de una creciente desilusión hacia el gobierno, es una tentación para muchos grupos de la

sociedad el pensar en términos de *cuidar de los suyos*. Por ejemplo, los mayores pueden sentir obligaciones hacia los más jóvenes miembros de la familia, pero no necesariamente hacia aquellos niños que no son de la familia. Esta reacción es una respuesta comprensible, pero peligrosa. Puede provocar una reacción en los jóvenes, que a su vez ya creen que no deben nada a los mayores que no son miembros de sus familias.

Más importante quizás, es el hecho de que las personas mayores, a causa de su mayor longevidad combinada con enfermedades crónicas, han de depender de otros por períodos de tiempo más largos que en el pasado, ello introduce una nueva y preocupante dimensión a la moralidad de la reciprocidad: aun aceptando algunas obligaciones fundamentales, ¿dónde están los límites? ¿Qué exigencias son excesivas? ¿Hasta qué punto deben los jóvenes, cuando sus deberes entran en conflicto, limitar lo que hacen por los mayores a fin de poder satisfacer las necesidades de sus propios hijos? Los miembros de la familia tienen simultáneamente deberes para con sus propios hijos y deberes para con sus propios padres y esta combinación con frecuencia puede ser en extremo moralmente conflictiva. Es importante aquí distinguir entre obligaciones intergeneracionales (u obligación) dentro de las familias y obligaciones intergeneracionales en la sociedad. Cuidar a las personas mayores de la familia no libera a los jóvenes de su obligación hacia los mayores que no conocen pero que son miembros de la misma sociedad. Existe también una obligación hacia los extraños, y de aquí la necesidad de equilibrar las obligaciones familiares y las cívicas.

Un nuevo diálogo cultural sobre la obligación intergeneracional en todas sus dimensiones es crucial, y con participación de mayores y jóvenes conjuntamente. Ya no es posible suponer que las tradiciones morales de reciprocidad, que de todas maneras funcionaban inadecuadamente con frecuencia, obtendrán la clase de respeto automático que tuvieron antes. Creemos que los jóvenes tienen fuertes obligaciones hacia los mayores, y éstos hacia los jóvenes. ¿Pero cómo podría entenderse esto de un modo mejor dentro del contexto de los programas de bienestar designados para aligerar las excesivas cargas de la familia, y en el contexto de ciertas necesidades afectivas y emocionales que el gobierno puede raramente satisfacer? Enfrentarse a estas cuestiones requerirá estructuras cívicas y mecanismos designados para facilitar un serio intercambio entre los jóvenes y los mayores. No pueden llevarse a cabo decisiones políticas y económicas adecuadas sin un substrato de comprensión moral bien enfocado.

El problema más difícil será equilibrar diferentes clases de obligaciones:

- Las de los mayores hacia su propio bienestar.
- Las del gobierno hacia los mayores.
- Las de las familias hacia sus miembros mayores.

Mientras las necesidades de dependencia de los jóvenes pueden ser exigentes, el progreso médico crea un especial problema en cuanto a los mayores; ¿Se requiere que el joven siga el progreso médico a dondequiera que vaya, proveyendo con sus impuestos el acceso ilimitado

a cualquier tecnología que incremente o mejore la vida de los ancianos, cualquiera que sea el gasto, o será posible descubrir o diseñar algunos límites naturales o sociales?

Las obligaciones o la gratitud hacia los mayores no llevan necesariamente consigo deberes ilimitados. La difícil cuestión es su alcance y sus límites. Esto será seguramente un enojoso problema para el gobierno en el futuro, cuando las posibilidades científicas de procurar beneficios médicos a los ancianos probablemente puedan sobrepasar y probablemente sobrepasarán los recursos económicos disponibles para enfrentarse a ellos. ¿En qué momento las obligaciones del gobierno pueden llegar a un fin, devolviendo el problema a las familias o a los mismos mayores? La cuestión se complica con la evidencia clara del declive del estado de bienestar en los países europeos; el efecto del incremento de las personas mayores está todavía por definir. El realismo requiere que el problema de la obligación intergeneracional se perciba en este contexto y que sus dimensiones e implicaciones sean integradas dentro de la ecuación moral y social.

¿Es posible determinar algunas demandas mínimamente razonables que todo ciudadano puede hacer a fin de que el estado mantenga la salud y el bienestar? Por lo menos, los ciudadanos pueden dirigir una demanda razonable al estado a fin de evitar una muerte prematura —es decir— una muerte antes de la edad de sesenta y cinco años más o menos, que por cerca de un siglo, se ha tomado como el comienzo de la vejez. Pero todavía no hay consenso sobre lo que se puede pedir más allá de aquella edad, o hasta qué punto las necesidades y deseos de los mayores sobre su salud y bienestar deben ceder razonablemente el paso a otros grupos de edad. Una discusión intensa pública y política será necesaria para fijar el alcance y los límites del cuidado de la salud de los mayores. Esta discusión deberá otorgar una cuidadosa atención a la importancia de la familia pero también a sus límites en la administración de cuidados. En el fondo se tratará de un problema moral de primer orden: ¿quién, y de qué modo es responsable de los mayores? ¿Cómo podemos cerciorarnos de que tanto los jóvenes como los viejos obtienen su justa parte y que cada uno presta su ayuda para que el otro obtenga también la parte que le corresponde?

### Recomendación 3

*Se debería establecer un plan conjunto de prioridades para jóvenes y mayores como parte de un esfuerzo para definir una distribución de recursos, justa y prudente, entre las generaciones y dentro de las mismas. Jóvenes y mayores deberían trabajar juntos para desarrollar esas prioridades y estar preparados a compartir equitativamente todo límite que se requiera en el uso de los recursos.*

El gobierno nunca ha sido capaz de ofrecer todos los servicios sociales o sanitarios que los mayores pudieran necesitar, y mucho menos, desear. Algún grado de limitación abierto o encubierto ha sido siempre parte de cualquier sistema de salud. Sin embargo, ahora, la necesidad de restringir gastos es mucho más pronunciada. La mayo-

ría de gobiernos han establecido políticas con el fin de limitar los presupuestos específicos o el porcentaje del producto doméstico nacional destinado al cuidado de la salud o ambos a la vez. De modo progresivo, estas limitaciones recortan los servicios disponibles o lo harán muy pronto. En ese contexto, algún sistema de prioridades es necesario: ¿qué es comparativamente más o menos importante para la salud de los mayores? ¿Qué prioridad se debería dar a las necesidades del cuidado de la salud de los mayores en comparación con las necesidades de otros grupos de edad?

Sobre la última cuestión creemos que la mayor prioridad debería darse a intensificar la posibilidad de que los jóvenes lleguen a ser viejos, es decir, a reducir las tasas de muerte prematura. Si quedan fondos suficientes después de que este fin se haya asegurado, entonces los esfuerzos para prolongar y mejorar las vidas de los mayores serán apropiados, aun cuando necesariamente habrá limitaciones impuestas en algún punto si los presupuestos para la salud son en general limitados.

---

“Jóvenes y mayores deberían trabajar juntos para estar preparados a compartir equitativamente todo límite que se requiera en el uso de los recursos.”

---

Al determinar las necesidades de la gente mayor, el proceso presupuestario debería intentar equilibrar, por una parte, la necesidad de reducir la mortalidad y la medicina de las enfermedades agudas, y por otra parte, el cuidado a largo termino y a domicilio junto con los servicios de calidad de vida. El desequilibrio discutido arriba entre curar y cuidar se determina mejor en el proceso presupuestario, donde en el futuro los fondos disponibles podrían distribuirse de forma más razonable. Un grupo de prioridades bien calculado serviría para garantizar, en primer lugar, unos buenos programas que cubran la atención primaria y los cuidados de enfermería para los mayores, dejando en un segundo lugar, al menos hasta que se haya conseguido un buen equilibrio, los cuidados de alta tecnología y prolongación de la vida. Es posible que todo el mundo necesite y se beneficie de los servicios designados para procurar el cuidado y el bienestar; esa necesidad permanecerá y en ese sentido es fundamental, cuando la posibilidad de curar o salvar la vida haya pasado. En ese aspecto, la necesidad de cuidado es permanente, y la de prolongar la vida, es temporal, inherentemente limitada por el fracaso o desfallecimiento de los cuerpos que es parte del envejecimiento y por la limitación de la tecnología médica.

Más generalmente, al establecer las prioridades generales para los mayores, en algunos países existe todavía una necesidad imperativa de integrar el bienestar y los servicios de salud, o por lo menos conseguir su estrecha coordinación. Las prioridades serán necesarias dentro de unos presupuestos integrados o coordinados, proceso que resulta cada vez más difícil ya que las diferentes instituciones y procedimientos tienen que ser comparados unos

con otros. La división de servicios a los mayores dentro de los distintos presupuestos y procesos de los mismos es, en sí mismo, causa de algunas lagunas en la cobertura y un fracaso al no reconocer cómo las diferentes necesidades de los mayores son todas ellas, con frecuencia, no diferenciables entre sí, en sus vidas actuales: una dificultad de alojamiento puede causar o exacerbar problemas médicos, de la misma manera que la ansiedad acerca de los servicios sociales puede crear problemas de salud mental. Idealmente, pues, los presupuestos del bienestar y los de sanidad deberían estar integrados en un mismo presupuesto, pero, si esto no ocurre así, deberían ser desarrollados conjuntamente, reconociendo que es del todo imposible establecer unas líneas bien definidas.

En la formulación de las prioridades sociales, la opción más difícil será el momento en que la vida y la muerte de los mayores esté en juego y que requerirá una valoración de las necesidades de salud y bienestar de ellos, en relación con las necesidades de bienestar, de educación y sociales de los jóvenes. No serán las vidas de los jóvenes las que estarán en juego, sino la calidad y la realización de esas vidas. Comparativamente pocas intervenciones de alta tecnología para los mayores, en ocasiones desesperadamente necesarias, pueden consumir recursos que de otra manera podrían ser dedicados a servicios de prevención o de rehabilitación para otras personas mayores, o para mejorar significativamente las oportunidades de educación de cientos de niños. ¿Cómo han de tomarse estas opciones, que suponen la comparación de incommensurables bienes humanos? A pesar de su dificultad, deben encontrarse medios para proseguir tales investigaciones y presentarlas al público, un público, joven y viejo, que debe por sí mismo ser parte íntima del debate.

#### Recomendación 4

*La carga que pesa sobre las mujeres del cuidado de las personas mayores y que ha marcado la atención sanitaria informal en el pasado, ya no puede ni debe mantenerse. Este cambio requerirá una nueva estrategia en la atribución de responsabilidades para el cuidado informal y el desarrollo de nuevos programas gubernamentales para fomentar este tipo de cuidado.*

Una consecuencia importante de la proporción del cambio de jóvenes a viejos es una crisis creciente en la capacidad de las familias para cuidar de sus miembros mayores. Las familias actuales más reducidas y un mayor número de mujeres en régimen laboral de trabajo hace que cada vez haya menos gente en casa para cuidar y acompañar a los mayores. Al mismo tiempo, existe una fuerte resistencia contra la carga injusta que el cuidado tradicional del cuidado de la familia ha colocado sobre la mujer. Para complicar la situación todavía más, como el gobierno se encuentra bajo nuevas presiones para controlar el gasto de la sanidad, los programas de asistencia a los mayores que viven a domicilio, ya solos ya con sus familias corren un gran riesgo. A medida que estos programas van disminuyendo, el problema de la asistencia vuelve a manos de las familias —y precisamente cuando

“La carga que pesa sobre las mujeres del cuidado de las personas mayores ya no puede ni debe mantenerse.”

se hallan cada vez con menos posibilidades para proporcionarlo.

Este problema no se resolverá fácilmente, combinando presiones económicas externas y cambios familiares internos. Incluso si se dispusiera de más dinero, esto no significaría una gran diferencia en la dinámica contemporánea de la familia; incluso si las familias estuvieran en mejor situación para cuidar a sus mayores, no obtendrían fácilmente más dinero para este fin. El problema de encontrar un equilibrio adecuado entre la responsabilidad individual de los mayores hacia sí mismos y la responsabilidad de las familias y el gobierno hacia ellos ha llegado a ser especialmente agudo.

Un punto parece claro; no será prudente en el futuro para los mayores o para sus familias el depender excesivamente y mucho menos exclusivamente del gobierno para encontrar una solución al problema. Aunque el aumento de gastos debería ir destinado, como ya hemos mencionado anteriormente, a los servicios de asistencia que requieren los mayores, si el equilibrio cuidar-curar debe corregirse, será muy difícil obtener ese dinero del gobierno. Serán necesarios nuevos arreglos que deben ya ponerse en marcha. Entre ellos estaría el definir nuevos caminos y nuevos programas para facilitar a las familias el cuidado de sus mayores —unos programas cuyo cuidado dependa menos de las mujeres, o que al menos indiquen cómo reducir esa carga si no es posible evitarla.

Entre las posibilidades cabrían aquí las políticas de empleo generosas permitiendo a los miembros de las familias permanecer en casa para asistir a los mayores cuando sea necesario, como ocurre con frecuencia con los niños que requieren cuidado y cuyos padres trabajan. De una importancia capital serían aquellas políticas que aseguraran que los que toman tiempo de su empleo para cuidar a un miembro mayor de su familia no serán profesionalmente penalizados por ello. Alguna Subvención para contratación de alguna ayuda externa, supondría también una diferencia, así como lo harían las políticas generosas de programas remunerados de descanso para los miembros de la familia. Una mejor formación de médicos y otros profesionales de la salud para asesorar y trabajar con las familias sobre las que pesan las ansiedades y tensiones del cuidado de la familia sería otra contribución de importancia.

Quizás sea inevitable, que se obligue a los mismos ancianos a tomar una mayor responsabilidad hacia su situación, cuando no hay otra manera de evitarlo. Se puede explicar con claridad, y de diversas maneras, que la gente debería mirar al futuro, mientras se es todavía joven hacia el día en que serán viejos y tendrán que valerse por sí mismos. En particular deberían ser iniciados, a tomarse en serio los programas de medicina preventiva para reducir la probabilidad o la prematuridad de enfermedades que incapacitan, discapacitan y debilitan. La

importante evidencia científica de todas las cosas que los mayores pueden hacer para mantenerse en buena salud —ejercicio, nutrición y estilo de vida generalmente, y aun cuando empiecen en un periodo relativamente tarde de la vida— debería ser ampliamente difundido. De manera más crítica quizás los mayores mismos pueden con mayor eficiencia organizarse y motivarse para cuidarse unos a otros. Varios programas breves y experimentales, han indicado la eficiencia de este enfoque en algunos países. En puro interés propio, se debería ayudar a los mayores a considerar que ellos pueden en el futuro tener una base mucho más fuerte de solidaridad entre ellos que con el gobierno; al menos, los esfuerzos para mejorar la ayuda mutua podrían ser muy rentables.

No habrá un camino fácil para resolver los problemas que emergen actualmente de la fuerte dependencia tradicional de las familias en el cuidado de sus ancianos. El Gobierno puede prestar su ayuda tanto con programas bien orientados, como con dinero; y las familias, aún cuando sus posibilidades de ayudar a los mayores disminuyan, pueden ser ayudadas de muchas maneras aún, todavía no bien determinadas, y, con los beneficios de ambas políticas y de las actitudes públicas, podrán cuidarlos aceptablemente bien con unos recursos limitados.

## Recomendación 5

*Deberían emprenderse esfuerzos activos para ayudar a los mayores a organizarse políticamente, y a definir, y articular colectivamente las necesidades más urgentes. Una importante prioridad en este esfuerzo debe ser el poner fin a la frecuente separación entre los programas de salud y de bienestar, así como informar con claridad al público y al gobierno de que no pueden trazarse líneas bien definidas o significativas entre las necesidades, diferentes y en parte coincidentes de los mayores: sean éstas sociales, económicas y sanitarias.*

En muchos países existe una falta notable de esfuerzo consciente y sofisticado sobre la parte que los mayores deberían tomar para organizarse como una fuerza política viable y enérgica. En los pocos países donde este proyecto se ha promovido con diligencia, los beneficios han sido portentosos: los mayores se han convertido en una fuerza política que debe tenerse en cuenta, punto que no olvidaron los legisladores. No debería abandonarse a los mayores, simplemente a su supervivencia y en interés de obtener su parte correspondiente de recursos, a merced de grupos más jóvenes o de grupos que no tengan una fuerte representación de mayores. Los mayores deberían tener medios políticos y públicos por sí mismos para articular sus necesidades legítimas, investigar en su propio beneficio y tener acceso a los recursos políticos y culturales de poder e influencia en su país. Esto será particu-

---

“Deberían emprenderse esfuerzos activos para ayudar a los mayores a organizarse políticamente y a definir sus necesidades más urgentes.”

---

larmente importante en aquellos países que han dependido en un pasado reciente exclusivamente del gobierno en lo que se refiere a programas médicos y de bienestar, pero que ahora verán compartir el poder y el prestigio con esfuerzos nuevos que conducen a la privatización. Los mayores tendrán ahora oportunidades únicas para hacer oír su voz o enfrentarse a riesgos sin igual si fracasan en hacerlo.

Cualquier esfuerzo significativo de parte de los mayores, o de sus jóvenes defensores implicaría un número de actividades estrechamente coordinadas. En primer lugar y principalmente, como ya se mencionó arriba, estaría una fuerte motivación por integrar los servicios médicos y sociales, que en algunos países se hallan divididos y sin coordinación. La reforma de las políticas de jubilación a una edad fija será importante para el futuro, no solamente para tener en cuenta el incremento en longevidad y salud de las personas mayores sino también para ayudar a romper la línea demasiado rígida entre los empleados y desempleados, y permitir oportunidades de trabajo parcial y flexible, incluso para aquellas personas de edad bastante avanzada. Un aumento de los programas para estimular a los mayores a ayudar y trabajar entre ellos mismos y en servicios voluntarios de forma más amplia, no es menos necesario.

En los países centro-europeos en particular, se necesitarán esfuerzos especiales para superar el letargo y la falta de conciencia política producto de cuarenta años de dominio comunista. Esos años contemplaron cómo se despojaba al pueblo de poder político y de iniciativa para ponerlos exclusivamente en manos del gobierno. Esto no solamente privó de poder a los mayores para dar a conocer y publicar sus necesidades, sino que les condujo a una dependencia pasiva del estado que consideraba sus necesidades de modo paternalístico. Como en el futuro irá creciendo en importancia la responsabilidad de los mayores sobre su propia salud, y tendrán una voz más fuerte y central en el desarrollo de la política pública, se necesitará, en esos países, una educación especial y un esfuerzo político. Puesto que esos países están ocupados en cambios de ideología y de medidas de largo alcance en sus programas de salud y de bienestar social, es vital que los mayores formen parte de ese proceso de reforma, y no tenerlas sólo en cuenta después de la reformas como una consideración de menor importancia.

Finalmente no se puede trazar una línea clara entre el significado que los mayores asignan a sus vidas privadas y el rol o la dignidad que la sociedad les asigna por medio de los programas gubernamentales y de las políticas. Ellos se reforzarán y trabajarán como un tándem entre sí mismos. El gran esfuerzo por desarrollar nuevos programas para los mayores, en los cuales deberían implicarse ellos mismos como promotores, fortalecerá su autoconcienciación política a la vez que les ayudará simultáneamente a meditar las posibilidades de sus propias vidas.

## Recomendación 6

*Un diálogo público sobre el significado de la vejez en la vida común de la sociedad debería progresar mediante programas educacionales, los medios de comunica-*

*ción y la unión de esfuerzos gubernamentales y privados. Estos esfuerzos deberían abarcar posibilidades futuras para los mayores dentro de los puestos de trabajo y los tiempos de ocio. Deberían promoverse esfuerzos adicionales para ayudar a los mayores a reflexionar sobre sus objetivos y sus intenciones personales.*

El punto de partida para una discusión formal sobre la distribución de recursos a los mayores debería ser el lugar que ocupan los mayores en la sociedad y a sus propios ojos. ¿Quiénes son estas personas a los que deseamos distribuir recursos? ¿Quiénes son los mayores? ¿Cuál es nuestra opinión sobre la edad avanzada como un estadio de la vida? ¿Dónde situar a los mayores dentro de un esquema de vida planificada consciente o inconscientemente, por las sociedades modernas?

“Un diálogo público sobre el significado de la vejez en la vida común de la sociedad debería progresar mediante programas educacionales, los medios de comunicación y esfuerzos gubernamentales y privados.”

Todas las sociedades tienen sus tradiciones y prácticas que influyen en la idea que los ancianos tienen de sí mismos y la que de ellos tienen los demás. El significado de la vejez para los individuos —lo que ellos opinan de su envejecimiento y como llegan a valorarse a sí mismos— estará, en parte, en función de los diferentes mensajes que la misma sociedad les dirige de palabra y de obra, y lo que los mismos mayores consideran de su vejez. El significado social del envejecimiento —el papel que se les ha asignado dentro de la sociedad y los programas públicos desarrollados para ellos— no solamente influenciará el modo de percibir su vejez, sino también proyectará un diseño del valor que de ellos tiene la sociedad. De este último diseño emergerán la mayoría de elementos que determinan abierta o encubiertamente, la cantidad y las clases de recursos que se pueden asignar a los mayores.

Aun cuando todo país consultado en nuestro estudio tiene programas médicos y de bienestar para los mayores de una forma u otra, hay un grado significativo de variación de un país a otro en lo que se refiere a la calidad y generosidad de estos programas. No es menos importante la significativa variación en la percepción propia de los mayores de su propio valor y el que les asigna su sociedad. En algunos países, a los buenos programas de bienestar y de sanidad corresponden vigorosos esfuerzos, a veces voluntarios, para intensificar y mejorar la dignidad y el rango público de los mayores. En otros, por contraste, los débiles programas gubernamentales corresponden a la percepción pública de los mayores meramente como un problema gravoso, punto de vista que es con frecuencia compartido por las mismas personas mayores. En algunas sociedades, los programas gubernamentales bien establecidos no están equilibrados con una situación bien organizada y políticamente efectiva de los mayores; su falta de fuerza política les hace vulnerables a las reduc-

ciones directas del presupuesto, se ha excluido su voz directa en decisiones que les son cruciales.

Mientras que la jubilación sirve en todos los países como una línea divisoria significativa, algunos países han iniciado esfuerzos substanciales para desarrollar nuevas funciones y oportunidades para los mayores, otros en cambio no han hecho casi nada. Sin embargo, en cada uno de los países se percibe la ausencia de un claro diseño o imagen positiva del lugar que debe ocupar el mayor una vez que su vida pública ha llegado a su fin. Aun cuando puedan vivir dos o tres décadas más, pocas sociedades modernas han trabajado de modo creativo para desarrollar un uso rico y productivo de estos años añadidos. La jubilación, para la mayoría, marca el fin de la valoración pública como agente rentable de la sociedad. No se ha desarrollado una función alternativa para reemplazarlo. Sin esfuerzos vigorosos y bien enfocados para desarrollar estas funciones es muy fácil que los mayores se sientan irrelevantes y abandonados, que es exactamente el estado cultural que se proyecta sobre ellos.

Una paradoja en la vida de los individuos es que ellos deben hallar su significado personal de la vida y de la muerte —de la juventud, madurez y vejez— y aún así, no pueden hacer esto de modo adecuado sin la ayuda de la mayor parte de la comunidad de la que son miembros. Incluso en países sin una fuerte tradición individualista, o donde el valor de la solidaridad es todavía estimada, pocas sociedades presumen ya de instruir a sus ciudadanos sobre el modo de entender sus propias vidas, función que antes se llevaba a cabo mediante las tradiciones religiosas o los sistemas homogéneos de valores. Históricamente, hay alguna evidencia que sugiere que aquellas tradiciones y sistemas ayudaron a los mayores a comprender el significado de sus vidas, colocándoles generalmente dentro de un contexto más amplio de trascendencia religiosa, cultural y generacional.

¿Es deseable buscar de nuevo, algún grado de consenso sobre el significado de la vejez en la vida de las personas? ¿Es posible? Los argumentos contra este esfuerzo pueden parecer convincentes: en sociedades pluralistas, en las que se aprecia el valor de la religión y la libertad religiosa, es inapropiado, incluso peligroso, buscar un significado común. Un consenso sobre el significado puede convertirse rápidamente en un instrumento de represión. Sin embargo, no es menos verdad que los ciudadanos de las sociedades seculares modernas encuentran extremadamente duro el crear significados personales en una cultura que no permite o no estimula a sus ciudadanos a hablar abierta y cómodamente entre sí mismos sobre las fases cruciales de la vida humana. Ni es tampoco claro cómo el gobierno y otras instituciones sociales llegarán a apreciar y ayudar a los mayores si parece haber una indiferencia cultural estudiada en lo que se refiere a los temas más profundos que el envejecimiento plantea para que los mayores se comprendan a sí mismos.

Aun cuando puede haber peligros en un consenso forzado, se deben desarrollar caminos que permitan intercambios públicos sobre el significado de la vejez en el ciclo de la vida y de una vejez que es significativamente más larga y cada vez para más gente. Esto no será fá-

cil. Requerirá el desarrollo de nuevos recursos culturales —como programas de comunicación y de educación— juntamente con la formación de un lenguaje público para hablar de materias que hasta ahora se dejaban a las familias o a las iglesias. Es sumamente apropiado para las instituciones privadas ayudar a los mayores a desarrollar el propio sentido del significado personal de sus vidas. Esto probablemente se llevaría mejor a cabo mediante programas informales bien organizados que reúnan a los mayores para hablar entre sí sobre sus vidas y el sentido que ellos tienen de ellas. El compartir simplemente el mismo estadio de vida con otros en situación parecida puede tener un efecto eficaz para que los ancianos clarifiquen su propia situación.

## REFLEXIONES FINALES

A los problemas de salud y política de bienestar de los mayores —aquellos que pronto estarán con nosotros y los ya presentes— debería darse la más alta prioridad social y política. La excepcional habilidad de la medicina para prolongar la vida no ha sido acompañada por una capacidad semejante para asegurar un alto nivel de salud y pros-

peridad individual. La diferencia es significativa y está frecuentemente en relación con programas cuyo coste es inasequible y probablemente, insostenibles a largo plazo. Alternativamente la diferencia está relacionada con programas de cuidado institucional a largo término y cuidado informal a domicilio que en el peor de los casos son inhumanos y nada generosos, y en el mejor, privados de fondos económicos adecuados y de profesionales de la salud y asistentes sociales bien formados.

La negligencia ante los nuevos problemas de salud de los mayores puede atribuirse, en parte, a la dificultad que todas las sociedades democráticas tienen al tratar los problemas del futuro: con frecuencia se dejan de lado, para dar paso a problemas más inmediatos. Pero en el caso de la asistencia sanitaria y servicios sociales para los mayores, puede haber además un miedo especial a afrontar prematuramente situaciones que pueden ser especialmente tensas, porque suscitan problemas morales altamente desagradables y complejos. Estos vienen y son reales. Cuando más se dejen de lado, alejados de la opinión pública, más difíciles serán de tratar cuando aparezcan. Hay todavía tiempo para establecer prioridades, para examinar y reexaminar nuestros principios y nuestras normas morales tradicionales.

## Novedad bibliográfica **LA SUBLIME HUMILDAD**

**Juan José Laborde**



“...uno de los más profundos conocedores de la vida y obra de San Juan de Dios el que nos lo presenta: Agustín Laborde Vallverdú, quien ha ejercido durante decenios su profesión de médico en el hospital que fundase el Santo nacido en Montemor o Novo, y que ha dedicado gran parte de su vida intelectual a la investigación y al conocimiento de este Santo vinculado para siempre a la propia ciudad de Granada”

José Gabriel Díaz, alcalde de Granada

“Este breve trabajo nos aproxima al santo, y sobre todo, al hombre. Agustín Laborde ofrece una peculiar visión, lejana de la erudición investigadora innecesaria para un texto de esta naturaleza. Este libro puede contribuir a identificar mucho más a los granadinos con un hombre como Juan y con unos hechos que desde la distancia del tiempo refuerzan la admiración por el personaje”

Julio Rodríguez,  
presidente de la Caja General de Ahorros de Granada

## Derechos de los mayores y respuestas socio-sanitarias

Hemos intentado en las cuatro primeras partes, recoger la realidad del envejecimiento (II); el proceso biológico que conlleva (III) algunos de los múltiples aspectos éticos que este proceso plantea (IV) y las perspectivas de futuro a las que este proceso nos introduce (V).

En esta sexta parte intentamos buscar algunas respuestas o soluciones desde las estructuras socio-sanitarias.

En primer lugar el paso del *asilo* antiguo, austero y comunitario, a las modernas residencias geriátricas, con una definición bien concreta de la asistencia a ofrecer a las personas mayores, garantizando al máximo posible su libertad y autonomía.

En segundo lugar, un método simple para continuar cultivando y conservando todas las posibilidades acumuladas en las etapas anteriores de la vida e incluso desarrollar todas aquellas de las que el factor *tiempo* y las obligaciones familiares nos habían mantenido alejados.

En tercer lugar, recogemos varios documentos sobre el reconocimiento de los Derechos de las personas mayores y de los ancianos, a partir de algunas disposiciones nacionales y supranacionales que intentan definir el papel que debe ocupar la persona mayor en nuestra sociedad y los derechos y libertades que se le atribuyen.

Se trata, dirá el Plan para la Gente Mayor de Catalunya, de «añadir vida a los años», más que años a la vida.



La dura soledad, a menudo más psicológica y afectiva que física, por el progresivo decaimiento de las fuerzas, por la amargura de sentirse como un peso para los suyos, por el acercarse de los últimos momentos de la vida. (*Familiaris Consortio*, n.º 77.)

# LA PERSONA MAYOR EN UNA RESIDENCIA

Recomendaciones sobre su estado, su modo de vida y los cuidados que necesita\*

## Academia Suiza de las Ciencias Médicas

*A toda persona mayor le incumbe el hacerse cargo de su propia existencia. Si las fuerzas físicas o psíquicas le fallan a la hora de conseguir eso, necesitará entonces a personas que la asistan y la ayuden con devoción y comprensión. Esto es especialmente válido para las personas mayores que residen en residencias.*

*Se considera residencia geriátrica, según las siguientes recomendaciones, toda institución en el seno de la cual se alojan, durante un período de tiempo y mediante pago, las personas que han llegado a una edad en que se requiere una asistencia a las actividades de la vida diaria y que por regla general, no tienen lazo de parentesco con los propietarios o dirigentes de una residencia.*

*Estas recomendaciones deben respetarse en la medida de lo posible cuando personas mayores permanecen durante un período largo de tiempo en un hospital antes de ser admitidos en una residencia.*

*Estas residencias juegan un papel de una importancia decisiva en la sociedad contemporánea. Este papel consiste en asegurar una existencia digna a personas cuya independencia se encuentra restringida como consecuencia del envejecimiento natural o debido a una enfermedad.*

*Todas las personas que trabajan en una institución de este tipo o que son responsables del bienestar de sus residentes deberían llevar a cabo su tarea preocupándose personalmente por el estado de la persona mayor. Las recomendaciones presentes están pues destinadas a aquellas y aquellos que se ocupan de esas personas mayores.*

## RECOMENDACIONES

### Residentes de una residencia

#### *Admisión en una residencia*

La admisión en una residencia no debe tener lugar hasta que se hayan agotado todas las posibilidades razo-

\* Agradecemos a la Academia Suiza de las Ciencias Médicas su colaboración al permitirnos traducir y publicar este trabajo: ACADEMIE SUISSE DES SCIENCES MÉDICALES. *La personne âgée dans un foyer: recommandations concernant son statut, son mode de vie et les soins dont elle a besoin.* Bâle: Académie Suisse des Sciences Médicales. 1988.

nables de prestaciones de asistencia ambulatoria que permitan a una persona mayor dependiente, de continuar viviendo en su propio domicilio. Sin embargo es importante que la admisión no se retarde demasiado, para que la persona esté aún en condiciones de integrarse en la residencia.

Antes de la admisión en una residencia es importante clarificar cuidadosamente si las prestaciones previstas responden a las necesidades de la persona mayor.

En la medida de lo posible, las personas mayores, incluso cuando están discapacitadas psíquicamente, deberían poder entrar en contacto con los responsables de la residencia y la organización de la institución, antes de su admisión.

#### *Protección de la personalidad*

En su calidad de residentes de un geriátrico, las personas mayores deben poder conservar su integridad personal y ser reconocidos como individuos de pleno derecho.

Deben poder llevar una existencia normal y activa en relación con su personalidad y su estado de salud.

Se debe respetar en tanto como se pueda sus antiguas costumbres y su ritmo de vida habitual.

#### *Autodeterminación*

Dentro de los límites de sus facultades y posibilidades, los residentes de un geriátrico deben poder ejercer sus derechos personales y sus derechos cívicos. En particular es imprescindible poder disponer de su pensión y de su fortuna.

Es conveniente permitirles asumir responsabilidades y correr riesgos. También es importante que tengan la posibilidad de dejar la residencia.

#### *Participación y derecho de recurso*

En principio, conviene hacer participar a los residentes de una residencia al proceso de decisión en lo referente a la explotación de la residencia y sobre otras cuestiones que les afecten directamente.

Los residentes de una residencia deben poder quejarse a la dirección, a la comisión administrativa de la residencia o a la autoridad encargada de la supervisión, sin temor a las represalias.

### **Obligaciones**

Los residentes del geriátrico deben conformarse a las normas que rigen las condiciones de su estancia en el geriátrico así como al reglamento de la casa. Deben hacer prueba de tolerancia y de respeto hacia las necesidades y particularidades de los otros residentes.

Deben comportarse correctamente con los co-residentes y con el personal y no tratar de imponerles exigencias irrazonables.

### **Lazos con el mundo exterior**

Es importante permitir y facilitar los contactos de los residentes con personas de fuera de la institución, para prevenir su aislamiento y soledad.

### **Práctica religiosa**

Los residentes deben poder mantener el contacto con su comunidad religiosa y sus responsables.

### **Fomento de un modo de vida activo**

Debe animarse a los residentes para que se mantengan activos o para que recuperen su actividad. Se les debe proporcionar la ocasión de ejercer actividades apropiadas en el seno o fuera de la residencia. Cuando los residentes necesitan cuidados médicos, éstos deben administrarse según unos principios orientados a mantener su independencia funcional.

### **Cuidados médicos**

En caso de enfermedad, los residentes tienen el derecho de beneficiarse en tiempo útil de los análisis, tratamientos y rehabilitación apropiados. Siempre que sea posible, estas medidas deben ser tomadas por el médico que escojan, de acuerdo con los responsables directos de la asistencia médica, y deben buscar el mantenimiento o el restablecimiento de una calidad de vida óptima.

Los cuidados médicos asegurados a todos los residentes deben, por regla general, estar coordinados de manera interdisciplinaria por un consejo de médicos, adscrito a la residencia y que tenga buenos conocimientos sobre geriatría. Este consejo de médicos asume en particular la responsabilidad de la organización de una permanencia médica de guardia y de urgencia. Los residentes tienen derecho a recibir cuidados dentales regulares del médico-dentista que ellos escojan, el cual deberá disponer de buenos conocimientos sobre la gerodontología.

### **Acompañamiento en la última etapa de la vida**

El residente tiene derecho a que se le cuide y se le acompañe de forma personalizada hasta el final de su existencia, así como a morir con dignidad.

Deben observarse las directrices de la Academia Suiza de Ciencias Médicas sobre la eutanasia.

## **Personal**

Todos los colaboradores de la residencia deben esforzarse en identificar las distintas necesidades de los mayores y tenerlas en cuenta de forma individual, en tanto que ello no resulte en perjuicio de los interesados o de terceros. Los colaboradores deben aprender a manejar situaciones que no tienen solución.

No se puede exigir una actitud competente, comprensiva y cooperante a no ser que los colaboradores estén lo suficientemente calificados y sean suficientemente numerosos para cumplir sus tareas, sobre todo las relativas a los residentes. La calidad del trabajo en el ejercicio de todas sus funciones debe mantenerse mediante el perfeccionamiento profesional y la formación continuada.

El personal debe protegerse si se da el caso de exigencias no razonables provenientes de los residentes, y no debe concedérselas.

## **Vigilancia de las residencias**

Es indispensable vigilar y controlar las residencias. Las autoridades sanitarias de las provincias deberían asegurarse de ello a través de su legislación y velar para que se aplique.

Las comisiones y autoridades que ejercen la supervisión de las residencias de personas mayores, asumen, como último recurso, la responsabilidad del bienestar de los residentes.

Toda residencia debería ser objeto de un control regular bajo la forma de visitas imprevistas que permitan asegurar que la dirección, las condiciones de alojamiento, la higiene, la alimentación, el ambiente, así como los cuidados médicos y médico-dentales están en conformidad con lo que de derecho hay que esperar.

La vigilancia sobre el financiamiento, los precios de pensión y otras tasas, la reglamentación de las competencias respectivas así como la transparencia de las estructuras de dirección y gestión revisten una gran importancia.

Los órganos de supervisión deben llamar la atención a la dirección de la residencia sobre las lagunas y deficiencias constatadas e incitar a tomar las medidas necesarias para remediarlas. Ellos establecerán un informe escrito destinado a la autoridad competente conteniendo sus constataciones. Si no se remedian las lagunas y deficiencias constatadas, la autoridad competente debe tomar las medidas que se imponen.

## **COMENTARIOS**

### **Residentes**

#### **Admisión en una residencia**

En todos los casos la admisión en una residencia constituye un hecho determinante. Por lo tanto el momento de admisión debería conocerse con la suficiente antelación para que la persona afectada y sus familiares puedan prepararse.

Para evitar errores en la admisión, es necesario un estudio previo para determinar si las prestaciones que se

ofrecen corresponden a las necesidades particulares; igualmente es indispensable procurar una información detallada sobre la institución que deberá tenerse en cuenta antes de la admisión. Muy a menudo los contactos personales con los responsables de la residencia tienen como efecto ganarse la confianza del residente; de este modo él aceptará su ingreso en la residencia sin haber sufrido presiones exteriores desmesuradas.

En el momento de un cambio tan importante, la persona mayor siente particularmente la necesidad de que alguien se ocupe de ella con dedicación y comprensión.

### ***Estatuto, derechos y obligaciones del residente***

La dirección de la residencia debería establecer un balance de las aptitudes y handicaps de cada nuevo residente, para poder ofrecerle la ayuda que necesita en su justa medida y favorecer así la plena expresión de su personalidad.

Es deseable que la dirección de la residencia precise con cada nuevo residente y con sus familiares, quien es el representante de la defensa de sus intereses si su facultad de discernimiento está limitada por la enfermedad.

Cuando el residente no está en condiciones de tomar decisiones por sí mismo sobre sus ingresos y su fortuna, el representante designado con anterioridad debería velar para que los recursos del residente sean utilizados en su interés.

El residente debería, en todo caso, recibir una suma de dinero que le permitiera satisfacer sus necesidades personales de forma razonable e independiente.

Todo residente debería poder beneficiarse, dentro o fuera de la residencia, de una persona de confianza con la cual poder conversar y cuya identidad se dé a conocer a la dirección de la residencia.

Los residentes deberían poder entretenerse con sus visitas sin la presencia de terceras personas. En lo que se refiere al lugar y las horas de visita, conviene velar en particular para que no se moleste a los otros residentes. Cuando se deje sentir que ciertas visitas representan una carga demasiado pesada para la persona mayor, la dirección de la residencia puede, después de un minucioso examen de las circunstancias, restringir el derecho a visitas.

Puede ser bueno el ofrecer a los parientes más próximos la posibilidad de colaborar en los cuidados a dar a su pariente y, en caso de enfermedad grave o de desenlace mortal, de velar a la persona mayor.

El derecho de participación de los residentes hace referencia, en particular, al reglamento de la casa, la organización de las actividades y la participación a éstas dentro y fuera de la residencia, así como a la composición de los menús.

### ***Alimentación***

Las comidas deberían ser tan variadas como sea posible y los menús compuestos de tal manera que se adapten

al estado de salud de la persona mayor. Al ofrecer una selección variada, es posible tener en cuenta los gustos personales y los hábitos alimenticios culturales. Es importante velar para que las comidas que se sirvan sean apetecibles y las personas mayores dispongan de tiempo suficiente para comer a su ritmo y a su necesidad.

### **Personal**

Conociendo el pasado de los residentes y tomando en serio su personalidad, el personal contribuye a enriquecer la calidad de vida en el seno de la residencia y evita que se instale un clima de anonimato.

Una actitud comprensiva y cooperante por parte del personal ayuda, por una parte, a crear una atmósfera en la cual la persona mayor se sienta bien integrada en la residencia y por otra parte, permite al personal encontrar sentido y satisfacción en el cumplimiento de su tarea. Un acompañamiento pleno y caluroso de los residentes ancianos pide que se les consagre mucho tiempo, incluso cuando se tiene la impresión de no cumplir una tarea precisa y de no obtener resultados tangibles.

### **Supervisión de las residencias**

Las inspecciones y controles apropiados por parte de los órganos de supervisión muestran a la dirección del centro el interés que estos órganos tienen por el mantenimiento de una buena atmósfera. Esta supervisión debe confiarse a personas que estén familiarizadas con los problemas de los residentes y con los cuidados que éstos necesitan. Conviene fomentar la formación de estas personas.

Las entrevistas que las personas encargadas de la supervisión mantienen con los residentes y miembros del personal, permiten frecuentemente prevenir errores en la gestión de la residencia o de solventarlos.

Como la asignación en una residencia constituye una medida privativa de libertad tomada en favor de la asistencia, queda bajo los artículos 397 a CCS y siguientes, según los cuales se habilita a la persona, que así es asignada a una residencia, para hacer uso de los medios de oposición previstos por el derecho federal.

### **Planificación de las necesidades sobre el número de camas en las residencias**

En un área de salud, hay que evitar de hacer el cálculo de las necesidades sobre el número de camas en las residencias independientemente de las necesidades relativas a las camas de hospital, ya que hay interferencias entre el número de camas disponibles en estas dos categorías de establecimientos. Coordinando estos cálculos, se puede evitar que numerosos pacientes que esperan cama en una residencia ocupen camas de hospital y que de esto se siga una penuria de camas de hospital para enfermos de esta misma categoría de edad.

# MÉTODO CEDRO\*

M.<sup>a</sup> Pilar Núñez

Colaboradora científica del Institut Borja de Bioètica.

*El Cedro es un árbol robusto, longevo y potente, cuyo símbolo puede representar a las personas mayores. El método CEDRO, recoge cinco puntos, la inicial de cada uno de los cuales reproduce las cinco letras de la palabra cedro:*

- CUIDADO CORPORAL
- EJERCICIO
- DIETÉTICA
- RELAJACIÓN
- ORIENTACIÓN VITAL

## CUIDADO CORPORAL (chequeos, higiene corporal...)

- Exploración física general (chequeo) anual.
- Control de la T. A. según necesidad, al menos anual.
- Citología cervical al menos 1 cada 2 años.
- Visita al oftalmólogo: según necesidad.
- Visita al otorrino: según necesidad.
- Control dental cada 6 a 12 meses.
- Control síndrome osteoporótico: según necesidad.

Un ENFOQUE GENERAL: NO SER HIPOCONDRIACO (quejica).

## EJERCICIO FÍSICO

- Objetivo: mantener la actividad corporal, sin llegar al cansancio.
- Tipo y duración del ejercicio:
  - a) AERÓBICO: al aire libre.
  - b) Bajo dirección médica y con control del pulso
- Lugar:
  - a) Gimnasio controlado y especializado (bajo dirección médica).
  - b) Si no hay posibilidad de gimnasio:
    - Caminar 1 hora al día o 7 horas a la semana.
    - Hacer bicicleta según la misma pauta.
- Recomendaciones:
  - a) Minigimnasio en casa (bici estática) para tiempo de lluvia o frío.
  - b) Vacaciones de salud: una vez al año (1 a 2 semanas) en balneario curhotel o similar.

## DIETÉTICA

- Dieta sana y control del alcohol y del tabaco.
- Necesidades calóricas:

- a) Disminuyen con la edad.
  - b) No comer por aburrimiento.
  - c) Comer poco en las reuniones sociales.
- *Controlar la bebida:* nunca cuando se está solo o deprimido.
- *Diets en función de las alteraciones:*
- a) Hipercolesterolemias: aumentar las grasas polinsaturadas 1/3 a 1/7.
  - b) Obesidad: dieta hipocalórica.
  - c) Diabetes e hiperglucemias: dieta pobre en carbohidratos.
  - d) Hipertrigliceremias: prohibición absoluta del alcohol.
- *Consejos dietéticos:*
- a) Menos de 300 mg/día de colesterol.
  - b) Aumentar la fibra hidrosoluble.
  - c) Proteínas en cantidad normal, a expensas de vegetales y pescados.
  - d) No pasar de 1 g de alcohol por kg de peso al día.
  - e) Aumentar el aporte de calcio (lácteos) a menos que estén contraindicados.

## RELAJACIÓN (técnicas anti-stress)

- *Objetivos:*
  - a) Conocer como el stress afecta a la salud.
  - b) Poner en práctica técnicas o actividades relajantes.
- *Pautas:* enfocar todo con pensamiento positivo.
  - a) Utilizar técnicas de relajación (yoga, autorrelajación, sofrología...).
  - b) Evitar tareas o situaciones stressantes (se puede aceptar hasta una pérdida económica del 20%).
  - c) Evitar todo tipo de droga o de medicación.
  - d) Cultivar alguna afición (*hobby*) relajante: pintura, cerámica, jardinería, coleccionista, música...

## ORIENTACIÓN VITAL

- *Objetivos:* Comprender que hay que tener la valentía de reestructurar la vida.
  - a) Supone cambio de actitudes necesarias que no por ello dejan de ser difíciles y dolorosas.
  - b) Buscar nuevos estímulos vitales y fijarse nuevos retos.
  - c) Estar alerta ante una crisis de identidad (no descuidar la imagen).
- *Pautas:* reorganizar la propia vida.
  - a) *En familia:*
    - Intensificar la dedicación al cónyuge.
    - Ayudar a los hijos, pensar en ser buenos abuelos.

\* Texto presentado en el congreso de medicina estética. Barcelona, 8 y 9 de marzo 1992, recogido y elaborado por M. P. Núñez.

- b) *En el trabajo:*  
— Voluntariado y vida laboral en función de la salud.
- c) *Cultivar los hobby:*  
— Iniciar alguna actividad, preferentemente de tipo relajante.  
— Hacer ahora lo que siempre se quiso hacer y no se pudo.

- d) *Participar en la comunidad:*  
— Asociaciones culturales, benéficas, de vecinos.  
— Grupos de trabajo, talleres, viajes.

Y sobre todo no olvidar la trascendencia: enfocar positivamente la cuestión trascendente, porque como dijo un poeta: PARTIMOS CUANDO NACEMOS, MARCHAMOS MIENTRAS VIVIMOS Y LLEGAMOS CUANDO FENECEMOS... y sólo entonces DESCANSAMOS.

LH

VI-3

# DECISIONES DEL CONSEJO DE LA COMUNIDAD EUROPEA\*

## DECISIÓN DEL CONSEJO

de 26 de noviembre de 1990  
relativa a acciones comunitarias en favor de las personas de edad avanzada  
(91/49/CEE)

### EL CONSEJO DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

Visto el Tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea y, en particular, su artículo 235.

Vista la propuesta de la Comisión.

Visto el dictamen del Parlamento Europeo (1).

Visto el dictamen del Comité Económico y Social (2).

Considerando que el Parlamento Europeo ha adoptado las Resoluciones, de 18 de febrero de 1982, sobre la situación y los problemas de las personas de edad avanzada en la Comunidad Europea (3), de 10 de marzo de 1986, sobre las ayudas a ancianos (4), y, de 14 de mayo de 1986, sobre una acción comunitaria para mejorar la situación de las personas de edad avanzada en los Estados miembros de la Comunidad (5).

Considerando que, en su Resolución, de 14 de mayo de 1986, el Parlamento Europeo solicitó que se declarara un año europeo de las personas de edad avanzada.

Considerando que el Consejo adoptó la Recomendación, de 10 de diciembre de 1982, relativa a los principios de una política comunitaria sobre la edad de jubilación (6).

Considerando que el movimiento demográfico actual de la mayor parte de los Estados miembros apunta hacia el aumento de la población de edad avanzada y, en particular, de edad muy avanzada; que esta evolución tendrá considerables repercusiones económicas y sociales, por ejemplo en el mercado de trabajo, la seguridad social y el presupuesto social.

Considerando que los intercambios de información y de experiencias sobre las personas de edad avanzada son de gran

importancia para el desarrollo de la solidaridad en la Comunidad.

Considerando que la Carta comunitaria de derechos sociales fundamentales de los trabajadores adoptada en el Consejo Europeo de Estrasburgo, el 9 de diciembre de 1989, por los jefes de Estado y de Gobierno de once Estados miembros, declara concretamente en su rúbrica:

- Persona de edad avanzada.
- De acuerdo con las modalidades de cada país.

24. Al llegar a la jubilación, todo trabajador de la Comunidad Europea debe poder disfrutar de recursos que le garanticen un nivel de vida digno.

25. Toda persona que haya alcanzado la edad de jubilación, pero que no tenga derecho a pensión y que no tenga otros medios de subsistencia, debe poder disfrutar de recursos suficientes y de una asistencia social y médica adaptada a sus necesidades específicas.

Considerando que es conveniente garantizar la coherencia de todas las medidas comunitarias relativas a la integración de las personas de edad avanzada en la sociedad y el fomento de la solidaridad entre las generaciones.

Considerando que las medidas que se deben tomar a escala comunitaria están destinadas a completar las acciones de diferente naturaleza emprendidas en los Estados miembros a diferentes niveles.

Considerando que el Tratado no prevé, para la adopción de la presente Decisión, más poderes que los previstos en el artículo 235,

DECIDE:

### Artículo 1

Se emprenderán medidas comunitarias en favor de las personas de edad avanzada para el período comprendido entre el 1 de enero de 1991 y el 31 de diciembre de 1993.

\* Diario Oficial de las Comunidades Europeas 2.2.91 n.º L 28/29.

- b) *En el trabajo:*  
— Voluntariado y vida laboral en función de la salud.
- c) *Cultivar los hobby:*  
— Iniciar alguna actividad, preferentemente de tipo relajante.  
— Hacer ahora lo que siempre se quiso hacer y no se pudo.

- d) *Participar en la comunidad:*  
— Asociaciones culturales, benéficas, de vecinos.  
— Grupos de trabajo, talleres, viajes.

Y sobre todo no olvidar la trascendencia: enfocar positivamente la cuestión trascendente, porque como dijo un poeta: PARTIMOS CUANDO NACEMOS, MARCHAMOS MIENTRAS VIVIMOS Y LLEGAMOS CUANDO FENECAMOS... y sólo entonces DESCANSAMOS.

LH

VI-3

# DECISIONES DEL CONSEJO DE LA COMUNIDAD EUROPEA\*

## DECISIÓN DEL CONSEJO

de 26 de noviembre de 1990  
relativa a acciones comunitarias en favor de las personas de edad avanzada  
(91/49/CEE)

### EL CONSEJO DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

Visto el Tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea y, en particular, su artículo 235.

Vista la propuesta de la Comisión.

Visto el dictamen del Parlamento Europeo (1).

Visto el dictamen del Comité Económico y Social (2).

Considerando que el Parlamento Europeo ha adoptado las Resoluciones, de 18 de febrero de 1982, sobre la situación y los problemas de las personas de edad avanzada en la Comunidad Europea (3), de 10 de marzo de 1986, sobre las ayudas a ancianos (4), y, de 14 de mayo de 1986, sobre una acción comunitaria para mejorar la situación de las personas de edad avanzada en los Estados miembros de la Comunidad (5).

Considerando que, en su Resolución, de 14 de mayo de 1986, el Parlamento Europeo solicitó que se declarara un año europeo de las personas de edad avanzada.

Considerando que el Consejo adoptó la Recomendación, de 10 de diciembre de 1982, relativa a los principios de una política comunitaria sobre la edad de jubilación (6).

Considerando que el movimiento demográfico actual de la mayor parte de los Estados miembros apunta hacia el aumento de la población de edad avanzada y, en particular, de edad muy avanzada; que esta evolución tendrá considerables repercusiones económicas y sociales, por ejemplo en el mercado de trabajo, la seguridad social y el presupuesto social.

Considerando que los intercambios de información y de experiencias sobre las personas de edad avanzada son de gran

importancia para el desarrollo de la solidaridad en la Comunidad.

Considerando que la Carta comunitaria de derechos sociales fundamentales de los trabajadores adoptada en el Consejo Europeo de Estrasburgo, el 9 de diciembre de 1989, por los jefes de Estado y de Gobierno de once Estados miembros, declara concretamente en su rúbrica:

- Persona de edad avanzada.
- De acuerdo con las modalidades de cada país.

24. Al llegar a la jubilación, todo trabajador de la Comunidad Europea debe poder disfrutar de recursos que le garanticen un nivel de vida digno.

25. Toda persona que haya alcanzado la edad de jubilación, pero que no tenga derecho a pensión y que no tenga otros medios de subsistencia, debe poder disfrutar de recursos suficientes y de una asistencia social y médica adaptada a sus necesidades específicas.

Considerando que es conveniente garantizar la coherencia de todas las medidas comunitarias relativas a la integración de las personas de edad avanzada en la sociedad y el fomento de la solidaridad entre las generaciones.

Considerando que las medidas que se deben tomar a escala comunitaria están destinadas a completar las acciones de diferente naturaleza emprendidas en los Estados miembros a diferentes niveles.

Considerando que el Tratado no prevé, para la adopción de la presente Decisión, más poderes que los previstos en el artículo 235,

DECIDE:

### Artículo 1

Se emprenderán medidas comunitarias en favor de las personas de edad avanzada para el período comprendido entre el 1 de enero de 1991 y el 31 de diciembre de 1993.

\* Diario Oficial de las Comunidades Europeas 2.2.91 n.º L 28/29.

## Artículo 2

Las medidas contempladas en el artículo 1 tendrán por objetivo, en cuanto a las consecuencias del mercado interior, contribuir, mediante transferencia de conocimientos, ideas y experiencias, a las acciones llevadas a cabo en los Estados miembros, relativas:

a) A la definición, en las instancias oportunas, de estrategias preventivas destinadas a dar respuesta a los retos socioeconómicos del envejecimiento de la población, incluidos los problemas que representan la dependencia y la salud de la persona de edad avanzada.

b) A la búsqueda de planteamientos innovadores de solidaridad entre las generaciones y de integración de las personas de edad avanzada.

c) A la valoración de la aportación positiva de las personas de edad avanzada a la sociedad.

## Artículo 3

1. Las medidas contempladas en el artículo 1 incluirán:

a) Actividades de animación y de intercambios de información.

b) Estudios y creación de un observatorio que permita poner a disposición de los medios interesados las informaciones disponibles al respecto, incluidas las que se refieren a la investigación.

c) El examen de interés y de la viabilidad de la creación de una red europea de experiencias innovadoras, teniendo en cuenta las actividades desarrolladas por los organismos existentes en este ámbito.

2. Las medidas indicadas en el apartado 1 se adoptarán con arreglo al procedimiento establecido en el artículo 6 y darán prioridad a los ámbitos contemplados en el Anexo.

## Artículo 4

1. La cuantía estimada necesaria para financiar las acciones de los dos primeros años del trienio a que se refiere el artículo 1 asciende a 2,4 millones de ecus.

2. Los créditos anuales necesarios se autorizarán en el marco del procedimiento presupuestario anual, de conformidad con las perspectivas financieras decididas de común acuerdo por el Parlamento Europeo y el Consejo, y con arreglo a la evolución de las mismas.

## Artículo 5

La Comisión será responsable de la ejecución de las acciones previstas por la presente Decisión y adoptará, a tal efecto, las medidas adecuadas.

## Artículo 6

La Comisión estará asistida por un comité de carácter consultivo compuesto por dos representantes de cada Estado miembro y presidido por el representante de la Comisión.

El representante de la Comisión presentará al Comité un proyecto de medidas. El Comité emitirá su dictamen sobre dicho proyecto dentro de un plazo que el presidente podrá fijar en función de la urgencia del asunto, procediendo, en su caso, a una votación.

El dictamen se incluirá en el acta; además, cada Estado miembro tendrá derecho a solicitar que su posición conste en la misma.

La Comisión tendrá en cuenta, en la mayor medida posible, el dictamen emitido por el Comité. Informará al Comité de la manera en que ha tenido en cuenta dicho dictamen.

## Artículo 7

Antes del 31 de diciembre de 1994, la Comisión presentará un informe al Parlamento Europeo, al Consejo y al Comité Económico y social sobre la aplicación, los resultados y la evaluación de las acciones previstas en la presente Decisión.

## Artículo 8

1. El año 1993 será declarado «Año europeo de las personas de edad avanzada y de la solidaridad entre las generaciones».

2. El Consejo, a propuesta de la Comisión, decidirá, antes del 31 de diciembre de 1991, acerca de las medidas prioritarias y otras modalidades de llevar a cabo el año europeo contemplado en el apartado 1.

## Artículo 9

La presente Decisión será publicada en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas.

Hecho en Bruselas, el 26 de noviembre de 1990.

Por el consejo  
El Presidente

C. DONAT CATTIN

## ANEXO

Ámbitos prioritarios contemplados en el apartado 2 del artículo 3.

1. Organización del intercambio de información.

El Comité organizará conferencias, seminarios y estudios destinados a facilitar el intercambio de información entre los responsables de los Estados miembros, en lo relativo a:

— Las tendencias demográficas y su incidencia en los sistemas de protección social y de sanidad:

- Las medidas tendentes a mejorar la movilidad de las personas de edad avanzada y su capacidad para llevar una vida independiente.

- Las medidas de fortalecimiento de la solidaridad entre las generaciones, así como la promoción de la contribución positiva de las personas de edad avanzada a la vida económica y social.

- La inserción económica y social de las personas de edad avanzada, con inclusión de sus ingresos.

2. Examen del interés y viabilidad de la creación de una red europea de experiencias innovadoras en lo referente a la promoción de:

— La ayuda mutua entre generaciones, bien mediante el trabajo de las personas de edad avanzada, bien mediante su inserción en el trabajo en beneficio de la colectividad en que viven;

- Medidas tendentes a fomentar la autonomía de las personas de edad avanzada.

# LA VEJEZ Y SUS DERECHOS

PLA INTEGRAL DE LA GENT GRAN. Generalitat de Catalunya  
Departament de Benestar Social. 1993

*Este estudio hace referencia al marco jurídico internacional, estatal y autonómico que considera la problemática económica y de mantenimiento del rol social del viejo, después de haber dejado el trabajo productivo que era su medio de integración social; por otro lado tratará la problemática referente a las necesidades en servicios de salud, soporte personal, capacidad de acción y de formación que tiene el anciano, como derechos fundamentales de toda persona.*

## INTRODUCCIÓN

### La vejez y sus derechos

La composición demográfica de la sociedad actual está modificándose, debido al descenso de la natalidad y a la prolongación de la esperanza de vida. La pirámide de población tradicional se está modificando poco a poco dando paso, según todos los indicios, al establecimiento de una pirámide invertida que a lo largo del inminente siglo XXI será ya un hecho palpable.

Según las proyecciones oficiales, la población española a partir de los 60 años será, en el año 2010, de más de 8.350.000 personas (de las cuales un millón y un cuarto vivirán en Cataluña), lo cual supone un incremento del 27% respecto al año 1986, por el hecho de ser cada vez mayor la proporción de los que tienen más edad, ya que los mayores de 80 años que representan actualmente el 13,9% de las personas con más de 60 años se prevé que se conviertan en el 18,15% en el año 2010, hecho que comportará un incremento de la atención especializada socio-sanitaria.

Dejando de lado si habrá o no un aumento de natalidad dentro de unos años, debemos partir de la base de que tendremos una población anciana bastante numerosa que necesitará unos servicios y unas atenciones que debemos prever y planificar a tiempo, para las cuales se requerirán profesionales bien calificados, y que deberán desarrollarse en un marco legal adecuado y factible.

Ahora, vemos que las personas de edad son cada vez más activas, mejor formadas y con un interés por vivir de forma más independiente dentro de sus posibilidades. Con esta actitud se muestran más participativas y pueden aportar una contribución positiva para el desarrollo de actividades socio-educativas.

Todo este cambio ha supuesto una evolución de planteamientos y necesidades. La *nueva vejez* requiere el es-

tablecimiento de un nuevo marco legal como garantía de unos derechos sociales que deben ponerse en práctica para que la sociedad sea de pleno derecho para todos. La mejora de las condiciones de vida de las personas ancianas es un objetivo que debe conseguirse, ya que la calidad de la vida no es menos importante que la longevidad, y es por esto que la sociedad no puede limitarse a ofrecer únicamente a los ancianos las medidas económicas y asistenciales imprescindibles. Las personas mayores deben ser consideradas como una parte integrante de la sociedad con todos sus derechos y deberes, partiendo de la premisa de que no se puede aceptar que los individuos sean valorados y tratados según su rendimiento productivo.

Así, haciendo referencia a la filosofía de la Declaración de los Derechos Humanos, la sociedad debe concebirse con un espíritu de solidaridad y de verdadera ayuda entre generaciones, tanto a nivel de responsabilidad estatal como a nivel más personal porque un estado de bienestar no puede basarse en unas relaciones distantes, individualistas, o de favor.

La vejez como etapa final o de mayor madurez de la vida merece una especial atención para que los derechos de la gente mayor puedan conseguirse y de esta manera realizarse como ciudadanos integrados en la comunidad a la que han aportado su trabajo durante la vida activa.

### Acotación del ámbito

El concepto de vejez o de tercera edad se utiliza más en un sentido biológico, y aplicado a una persona en concreto, aunque el momento de su atribución es sumamente aleatorio ya que el envejecimiento es un proceso evolutivo que depende de factores hereditarios, del medio ambiente y de la edad.

En la práctica el término *Tercera edad* ha aparecido como sinónimo de improductividad oficial, y se ha convertido en un concepto sociológico e incluso legal entre nosotros. La inactividad del sexagenario es promovida por el Estado, y la pérdida del rol de trabajador activo no lleva normalmente a una liberación y a la integración total al medio porque ve, a la vez, reducido su prestigio de productor de bienes y su capacidad de consumo ya que se le reducen los ingresos económicos.

El hecho incuestionable es que la vejez biológica no se corresponde con la edad legal de la jubilación y que

ésta sí que acelera la vejez biológica. No es necesario demostrar que, mientras no se entre en la decrepitud, a una mayor edad corresponde un mayor saber, y que estos conocimientos de la gente mayor no están ni potenciados ni aprovechados por la sociedad.

No existe una acotación legal del concepto de vejez. Ni las referencias constitucionales a la gente mayor, ni la legislación civil determinan una edad de referencia. Sólo en el derecho social (laboral y de seguridad social) podemos encontrar un punto de partida para aportar a estas páginas la descripción de la consideración legal de esta etapa de la vida humana.

El hito, si bien aleatorio, está situado en la edad de 65 años en la parte novena de la Ley de bases de la Seguridad Social de 1963, pero no de manera directa, sino indirectamente al afirmar que por causa de la vejez no podrá recibirse prestación económica —pensión— si no a partir de esta edad; seguidamente adopta la ineludible excepción a la regla:

«A no ser que por actividades profesionales de especial índole sea necesario rebajar la edad». De esto podríamos concluir que no se es mayor antes, pero que excepcionalmente la dinámica de trabajo puede avanzar la edad de inicio de la problemática de la vejez.

La vejez es para la sociedad sinónimo de falta de capacidad para satisfacer por sí misma las necesidades vitales y la propia gobernabilidad psicofísica en razón de la edad avanzada de las personas. Estos dos aspectos son los que atenderá la legislación especializada para la gente mayor, es decir que tomará en consideración sus dificultades vitales y velará por la tutela del estatuto personal que podría verse afectado a causa de la senilidad.

Es decir, el papel de la legislación actual es el de velar por el mantenimiento del estatuto, pero no para su mejora; en este sentido es penoso constatar como la última reforma de la Ley de Seguridad Social (Ley 20/1990, de 20 de diciembre) ha suprimido la parte del artículo 2 que decía que la Seguridad Social tenía como finalidad la mejora de la calidad de vida de sus beneficiarios en los aspectos económicos, sociales y culturales.

## EL DERECHO INTERNACIONAL

### Organización de las naciones unidas (ONU)

#### *La declaración universal de los derechos humanos*

Hay un punto de partida obligado: El artículo 10 de la Constitución dice que las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que reconoce deben interpretarse en conformidad con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y con los tratados y los acuerdos internacionales sobre esta materia ratificados por España.

El artículo 22 de aquella Declaración establece que:

«Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, teniendo en

cuenta la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables para su dignidad y para el libre desarrollo de su personalidad».

En primer lugar, debe dejarse constancia de que este derecho a la Seguridad Social —no concretado dentro del texto— no se presenta ligado al ejercicio de una actividad productiva o a una relación de seguro previo, y que por lo tanto:

- El hombre tiene derechos por el hecho de ser miembro del cuerpo social.
- Lo que el hombre ha de recibir de la sociedad no es sólo lo indispensable para subsistir, sino lo necesario para vivir con dignidad, la cual deberá estar en relación con el nivel de vida del país, es decir que debe haber una tendencia hacia la igualdad.
- La retribución social a la persona no debe ser meramente un acto devolutivo de su capital ahorrado mediante un seguro social, sino que se la debe considerar acreedora del esfuerzo del Estado, e incluso de la cooperación de terceras naciones.
- La solidaridad social e internacional es una premisa; la otra es la intervención directa de las administraciones públicas para garantizar los servicios.

#### *Directrices de la OMS*

De la Organización Mundial de la Salud nos interesan especialmente aquí las últimas recomendaciones orientativas que deben utilizarse en el trabajo con la gente mayor, con la intención de que la difusión de estas recomendaciones contribuya a ponerlas en práctica.

- *Protección económica.* Equiparación de las pensiones al coste real de la vida y en los casos en que no se llegue a los mínimos establecer la liberación de los impuestos. Así mismo, se manifiesta la necesidad de que los gobiernos proporcionen a la gente mayor una vivienda con las condiciones adecuadas.
- *Asistencia geriátrica:* Sectorizada e integrada, para garantizar una efectividad.
- *Médicos de familia.* Forman la unidad básica fundamental de asistencia sanitaria para la gente mayor, ya que sus funciones son tanto preventivas como curativas.
- *Servicios geriátricos de alto nivel.* Necesidad de incluirlos dentro de los hospitales generales, integrados con el resto de servicios sanitarios, ya que la gente mayor ha de tener las mismas condiciones, para la asistencia sanitaria, que el resto de la población.
- *Servicios de geriatría de los hospitales.* Deben trabajar en colaboración con los médicos de familia, para poder prestar un servicio de enfermería a domicilio y, si es necesario, conseguir hospitalizaciones en el propio domicilio.
- *Tareas de prevención, asistencia y rehabilitación.* Deben ser tanto físicas como psíquicas; es del todo imprescindible que se ofrezca una atención global.
- *Rehabilitación geriátrica.* Los objetivos de esta rehabilitación geriátrica deben ser avanzados y continuados, y fundamentalmente centrados en la reactivación, resocialización y reivindicación familiar.
- *Servicios geriátricos médico-asistenciales.* Deben estar muy relacionados con los servicios sociales gerontológicos para garantizar una integración efectiva, y con una coordinación de todos los servicios institucionales a favor de la gente mayor.

- *Sistemas de evaluación continuada* de los servicios para introducir las mejoras y las reformas necesarias.
- *Enfermedades crónicas.* Es necesaria una protección médico-social para aquellas personas mayores con una enfermedad crónica que no puedan desarrollar una actividad normal para continuar viviendo en su domicilio, o en caso de no ser posible esto, que se pueda hacer el ingreso en unidades de larga duración bajo la vigilancia de los servicios de geriatría de los hospitales, o bien en residencias asistidas que dependan de los servicios sociales.
- *Servicios de geriatría hospitalaria.* Deben orientarse hacia todas las clases sociales del colectivo de la gente mayor.
- *Importancia de la formación geriátrica.* Cada vez es más importante la formación de todo el personal que trabaje en sanidad y servicios sociales, en el campo gerontológico y geriátrico.
- *Atención a la vejez como tarea de todos.* Debe hacerse efectiva, en la familia, la sociedad y las instituciones públicas y privadas; debe reforzarse el papel de las asociaciones de voluntarios y primar que la Ley del voluntariado sea prioritaria para los gobiernos.
- *Importancia de los medios de comunicación.* Debe remarcar la importancia en lo que se refiere a la educación, la sensibilización y la formación de toda la población, en los problemas que comporta la vejez.
- *Asistencia médico-social* de calidad para toda la población tanto en el medio rural como en el urbano.

Muchas de estas recomendaciones son normas de conducta que debe realizar la sociedad, y no sólo medidas de gobierno: su eficacia dependerá de los planos de actuación tanto estatales como particulares que se lleven a término.

### **Acuerdos y recomendaciones de la OIT**

Deben mencionarse aquí los acuerdos número 102 y 128 sobre prestaciones económicas de vejez, invalidez y supervivencia. El año 1952 la Organización Internacional del Trabajo —agencia especializada de la ONU— adoptó el Acuerdo 102 que concreta las exigencias del Acuerdo en lo que se refiere a las prestaciones de vejez:

- El Estado deberá garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones de vejez.
- La contingencia protegida es la supervivencia más allá de los 65 años.
- La población protegida puede ser la población económicamente activa (no toda necesariamente) o todos los residentes en general.
- Si se trata de un sistema de Seguridad Social debe concederse la prestación al llegar a 30 años de cotización, o una prestación reducida por 15 años de acreditación o incluso por 10 años.
- Deberá garantizarse, cuando la concesión de la prestación esté condicionada al cumplimiento de un período mínimo de cotización o trabajo, una prestación reducida para las personas protegidas que, por el simple hecho de ser de edad avanzada cuando se aplicase esta parte del convenio no hubiesen podido cumplir las condiciones que se pedían.
- La pensión debe ser vitalicia.
- La pensión debe revisarse cuando se produzcan variaciones sensibles del nivel general de ganancias que resulten de variaciones, también sensibles, del coste de la vida.

- La pensión no debe ser inferior, para el pensionista con cónyuge a cargo, al 40 % del total del salario del trabajador ordinario no calificado adulto de una industria mecánica.

Este Acuerdo (norma mínima de Seguridad Social) ha sido ratificado por España el año 1988 pero no en la parte de prestaciones de vejez.

El Acuerdo 128 y Recomendación 131 actualiza el Acuerdo 102 y establece unas mejoras sobre prestaciones de vejez e invalidez. Nuestra población anciana, por el hecho de no haberse cumplido todos los contenidos del acuerdo anterior, continua estando discriminada respecto a la de los otros países de nuestra onda socio-cultural, y la discriminación continua perpetuándose ante cada iniciativa internacional de progreso, humanización y dignificación.

Para completar la visión promovida por la más alta instancia social mundial, se debe considerar la Recomendación número 162 de 1980 sobre trabajadores de edad de la OIT, la cual pretende que los trabajadores de edad puedan disfrutar, sin discriminación por razón de edad, de igualdad de oportunidades y de tratamiento respecto a los otros trabajadores, y es por eso que los problemas de ocupación de los trabajadores de edad deberán tratarse en el contexto de una estrategia global y equilibrada de plena ocupación, teniendo en cuenta todos los grupos de población, para garantizar así que los de ocupación no se desplacen de un grupo a otro.

Como acciones específicas y concretas se recomienda que se elaboren medidas apropiadas para hacer posible que los trabajadores de edad continúen ejerciendo una ocupación en condiciones satisfactorias, para el mantenimiento de su rol social, al mismo tiempo que se tomen (previa consulta con los representantes de los trabajadores o por vía de negociación colectiva) las siguientes medidas en el ámbito de la empresa:

- Reducir la duración normal de trabajo, diario y semanal, de los trabajadores de edad que así lo soliciten durante un período prescrito anterior a la fecha en que las personas interesadas lleguen a la edad normal de admisión a las prestaciones de vejez.
- Incrementar las vacaciones anuales pagadas en función de la antigüedad o de la edad.
- Permitir que los trabajadores de edad organicen como más les convenga el tiempo de trabajo y el tiempo libre, facilitándoles la ocupación a tiempo parcial con horarios flexibles.
- Facilitar la asignación de los trabajadores de edad a ocupaciones de horario normal diurno después de años de actividad en un sistema de trabajo por turnos en régimen continuo o semicontinuo.

Con estas medidas se pretende dar una flexibilidad a la hora de la jubilación para que el cese no se haga de forma definitiva sino gradual, y hacer posible que la relación laboral continúe en un horario y régimen de trabajo especial que contribuya a conservar el «estatuto» social de la persona.

Por otro lado, también específica que debe garantizarse que el paso de un trabajador a la situación de jubilado se efectúe voluntariamente, además de hacer flexible la edad de admisión a las prestaciones de vejez. Respecto a

este último punto se recomienda que durante los años que precedan a la finalización de la actividad profesional se pongan en práctica programas de preparación para la jubilación con la participación de las organizaciones representativas de patrones y de trabajadores y de otros organismos interesados (convendría tener en cuenta el Acuerdo sobre la licencia pagada de estudios de 1974).

## El consejo de europa

Además de las de la ONU y de su agencia especializada, la OIT, España está vinculada mediante otras normas de carácter obligatorio para formar parte de tratados internacionales, los cuales, de acuerdo con la Constitución —artículo 96 y siguientes— se integran a la ordenación jurídica interna.

### *La carta social europea*

El acuerdo especial de política social del Consejo de Europa, texto al cual se sometió España en 1980 sin reservas, obliga a garantizar a toda persona el derecho a la Seguridad Social y el derecho a la asistencia social y médica, así como a beneficiarse de los servicios de bienestar social, entre otros derechos.

De la Carta Social Europea interesan especialmente a la gente mayor los siguientes planteamientos:

*Derecho a la protección de la salud.* Para garantizarlo se establece el compromiso de eliminar en la medida que sea posible, las causas de una salud deficiente, de establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de la responsabilidad individual, así como prevenir, también en la medida de lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y de otro tipo.

*Derecho a la Seguridad Social.* Para garantizarlo la Carta Social acuerda:

- Establecer o mantener un régimen de Seguridad Social.
- Mantener el régimen de Seguridad Social en un nivel satisfactorio, equivalente, al menos, al que se exige para la ratificación del Acuerdo Internacional de Trabajo (número 102) sobre normas mínimas de Seguridad Social.
- Esforzarse para elevar progresivamente el nivel del régimen de Seguridad Social.

Adoptar medidas de reciprocidad respecto a las nacionalidades de las otras partes contratantes.

*Derecho a la asistencia social y médica.* Para garantizar este derecho debemos velar para que toda persona que no disponga de recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguirlos por su propio esfuerzo pueda recibirlos de otras fuentes, especialmente en forma de prestaciones de un régimen de Seguridad Social, y pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, la asistencia que exija su estado, y que no sufra por este motivo ninguna disminución en sus derechos políticos o sociales.

Entiende este derecho que toda persona ha de disponer de lo necesario para que pueda obtener por medio de servicios adecuados, públicos o privados, el asesoramiento y la ayuda personal adecuados para prevenir, eliminar o aligerar su estado de falta personal o familiar.

*Derecho a los beneficios de los servicios sociales.* Obliga la Carta a fomentar o a organizar servicios que, con la utilización de los métodos de un servicio social, contribuyan al bienestar y al desarrollo de los individuos y de los grupos de la comunidad, así como su adaptación al entorno social.

Deberá estimularse la participación de los individuos y de las organizaciones benéficas o de otro tipo en la creación y mantenimiento de los servicios. Con ello se especifica que los servicios sociales deben contemplarse desde una iniciativa pública y privada para que cubran las demandas de la población.

### *El acuerdo de asistencia social y médica*

Este Acuerdo suscrito en París el 11-12-53 obliga a los Estados firmantes (España desde 1984) a garantizar que los nacionales de las otras partes contratantes que tengan legítima residencia en cualquier parte del territorio de un país firmante y que estén faltos de recursos, tenga derecho, al igual que los propios nacionales y en las mismas condiciones, a la asistencia social y médica que prevé la legislación vigente en cada territorio. Sobre esto deberá tenerse en cuenta la presencia de jubilados extranjeros que viven en nuestro país cada vez en mayor número.

En la ratificación de este Acuerdo el Estado español se declaró vinculado a estos efectos en cuanto a:

- Ley de bases de sanidad de 25-11-44
- Ley de coordinación hospitalaria de 21-7-62
- Ley general de Seguridad Social de 30-5-74
- Plan nacional de prevención de deficiencias mentales (Decreto 25-8-78).
- Gestión institucional de la Seguridad Social, salud y ocupación (RD Ley de 18-11-78).
- RD 1949/1980 de 31 de julio sobre transferencia de servicios del Estado a la Generalitat de Cataluña en materia de salud y servicios y asistencia sociales.
- RD 2620/1981 de 24 de julio, auxilios del FONAS a ancianos, enfermos e inválidos, la cual cosa evidenció la amplitud de cobertura y la responsabilidad de la Generalitat en estos temas.

### *El acuerdo europeo y el acuerdo complementario (sobre extranjeros)*

Estos textos se redactaron en París el 14-12-1972 y son de especial interés en cuanto al sistema de Seguridad Social, son vinculantes para España desde noviembre de 1986, ya que se regulan —como apéndice del Código Europeo de Seguridad Social de 1964— las cuestiones relativas a la Seguridad Social de los extranjeros y emigrantes especialmente en lo que hace referencia a la igualdad de tratamientos con los nacionales y a la conservación de los derechos adquiridos o en vías de adquisición.

## Las comunidades europeas

### *El tratado de Roma*

España ingresó en la Comunidad Económica Europea el 1 de enero de 1986, y se obligó en consecuencia a las

disposiciones del Tratado de Roma (25-3-57), en el cual se estableció lo siguiente:

«Los Estados miembros convienen en la necesidad de promover la mejora de las condiciones de vida y trabajo de los trabajadores con la finalidad de conseguir la equiparación por la vía del progreso. Así mismo consideran que esta evolución resultará tanto del funcionamiento del Mercado Común, que favorecerá la armonización de los sistemas sociales, como de los procedimientos que se prevén en el presente Tratado y de la aproximación de las disposiciones legales reglamentarias y administrativas.

Sin perjuicio del resto de disposiciones del Tratado, y de conformidad con sus objetivos generales, la Comisión tendrá como misión promover una estrecha colaboración entre los Estados miembros en el ámbito social, particularmente en las materias relacionadas con la ocupación, con el Derecho al trabajo y con las condiciones de trabajo...».

El artículo 51 del Tratado de Roma prevé la adopción de un sistema de Seguridad Social que permita la acumulación de todos los períodos que toman en consideración las distintas legislaciones nacionales, para adquirir y conservar el derecho a las prestaciones sociales. Este sistema está hoy contenido en los reglamentos 1408/71 y 574/72 de las CE mediante la aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena, por cuenta propia, y a familiares suyos que se desplacen dentro de la Comunidad.

### ***Resoluciones y recomendaciones del parlamento europeo, de la comisión, y del consejo de las comunidades***

El Parlamento Europeo por Resolución de 18-2-82 llamó la atención sobre la insuficiencia de medidas de política social para los ciudadanos de la tercera edad, y declaró que esto era incompatible con el espíritu del Tratado de Roma en cuanto a la mejora constante de las condiciones de vida de los pueblos de Europa y que se debía actuar para que en la vejez los ciudadanos no perdiesen progresivamente lo que habían conseguido durante la vida activa.

Esta Resolución pide que sea revisado el rol social pasivo que acostumbra a atribuirse a la persona mayor, ya que los viejos deben tener los mismos derechos que los jóvenes y ser partícipes de progreso como ellos, deben aportar formas culturales nuevas, independientes y complementarias a las de las otras generaciones.

Esta Resolución pretende que se avance hacia una jubilación voluntaria y flexible, incluso compatible con el trabajo; y con vista al hecho de que gran número de personas de edad viven por debajo del mínimo vital; el Parlamento Europeo quiere que la investigación de una existencia digna para estas personas sea prioritaria y entre otras medidas pide que se atienda a su revalorización para compensar la inflación.

También pide que los jubilados continúen invirtiendo sus capacidades en una productividad, no necesariamente económica sino social; que formen parte de asociaciones y organizaciones públicas y privadas, consejos asesores y de administración en los que puedan contribuir con su experiencia.

Respecto a la problemática financiera para afrontar estos objetivos, el Parlamento pide el establecimiento de garantías de pensiones mínimas referenciadas en los salarios base, la revisión de los efectos de depresión del mercado de trabajo sobre los regímenes de la Seguridad Social que se basan en cotizaciones y la preparación de una política conjunta europea hacia la tercera edad.

El año 1985 el Parlamento señaló como prioridad de la Comisión Social el trabajar para la armonización de los sistemas de Seguridad Social de los países de la comunidad y que los ciudadanos prestasen una atención especial a las personas mayores y muy mayores.

Las Resoluciones del Parlamento Europeo no son disposiciones normativas, pero tienden a marcar una dinámica social común en todos los países de la Comunidad, y así debe considerarse especialmente las resoluciones de 1986 sobre las ayudas a ancianos, del 10 de marzo y sobre la mejora de la condición de los ancianos, del 14 de marzo:

La Resolución del Parlamento Europeo sobre ayudas para ancianos de 10-3-86, considera que los objetivos del Tratado de Roma incluyen una política de mejora de las condiciones de vida de los ancianos, hace toda una recogida programática de actuaciones necesarias para este colectivo.

Parte de la base de que el progreso médico y las condiciones de vida han conseguido, además de la prolongación de la vida, unas mejores disposiciones físicas y espirituales en el momento de la jubilación.

Por lo tanto, los ancianos no pueden considerarse objetos pasivos, sino que forman parte consubstancial de la sociedad y ellos mismos saben qué es lo que les va mejor. De todas maneras ya que los diferentes grupos de edad tienen distintas necesidades es necesaria una diversidad de enfoques para atenderlas, partiendo de la premisa de que gran parte de los ancianos prefieren permanecer en el propio entorno habitual, a la vez que un gran número de ancianos son atendidos por sus familiares en el domicilio propio.

En este caso los familiares deben tener soporte para el desarrollo de las funciones asistenciales mediante una amplia oferta de servicios a domicilio, que implicará personal especializado para atender al anciano en los servicios a domicilio y de cuidados personales. Se entiende, que tanto las personas que no dependen de una ayuda exterior como aquellas otras que dependen de ésta tienen problemas a los cuales las instituciones públicas o privadas deben ofrecer una solución adecuada. Al mismo tiempo interesa que se trabaje sobre la calidad de los servicios ofrecidos (ayuda a domicilio, social, sanitaria, y residencial) y que se examine la posibilidad de una especial política protectora de la vivienda de los ancianos.

Como consecuencia, pensamos que hace falta:

- *Priorizar la asistencia a domicilio* del anciano en lugar del internamiento residencial, como una manera de no apartarlo de su entorno social.
- *Establecer una tarifa social*. Representa una reducción de precios para que sean accesibles a las personas con poco nivel económico. De hecho también podría haberse optado por el sistema de aumentar las pensiones en lugar de reducir los gastos, situación que parecería quizás más integradora.

- *Una política impositiva o financiera* favorable a las personas que se encarguen de los ancianos. Aunque no se menciona, la desgravación del impuesto sobre la renta como medida incentivadora sería un buen recurso a tener en cuenta.
- *El fomento de clínicas de día.* Complementa y potencia el punto mencionado, ya que también facilita que el anciano permanezca en su casa gracias al tratamiento y la atención diurna.
- *El soporte a las acciones sociales* de formación de adultos. Tanto de la persona anciana como de la familia que lo atiende.
- *Una política de ocio y cultura,* entendiendo la formación y el ocio como formas de vivir plenamente.
- *Actividades psicomotoras y deportivas,* dinamizadoras del estado físico y motriz del anciano.
- *El fundamento de la interrelación generacional* de experiencias vitales respecto al enriquecimiento personal mutuo entre jóvenes y mayores que este hecho comporta.
- *La creación de consejos asesores* integrados por ancianos, lo cual supone una participación activa y creadora.
- *Fomento económico a los servicios de ayuda* a domicilio, para que se puedan ofrecer con garantía.
- *Fomento de establecimientos y servicios de bienestar social* especializados, a partir del momento en que la asistencia al anciano en el medio habitual comporte dificultades.
- *Una política urbanística* que considere la situación de los ancianos, y facilite ayudas para la adecuación de la vivienda. Esto implica la concepción de una ciudad más humana.
- *La potenciación de la formación de técnicos* en gerontología, geriatría, psicología y asistencia a los mayores, ya que supone una garantía en el tratamiento, en la atención y en el trato que puede ofrecerse.
- *La garantía de una revisión periódica* de las instituciones y residencias de ancianos, sabiendo que el compromiso y el control oficial posibilitan una buena asistencia al anciano y ello representa una tranquilidad sobre la legalidad de la situación en que vive.
- *La creación de servicios de asesoramiento* sobre prestaciones económicas, que orienten la persona sobre los recursos y situaciones a las que puede acceder.

La Resolución del Parlamento Europeo sobre una acción comunitaria para mejorar la situación de las personas de edad en los Estados miembros de la comunidad, de 14-5-86, hace referencia a los objetivos fijados en el Tratado de Roma que postula la mejora de las condiciones de vida de las personas mayores, y opina que la mejora de la condición de este colectivo debe ser un objetivo prioritario de la política social de la comunidad, y que para conseguirlo debe aumentar las asignaciones presupuestarias.

Se pretende dar una cobertura mayor a las necesidades sociales de este colectivo con los recursos económicos que lo hagan viable. En concreto puntualiza que:

- *La mejora de la situación de las personas de edad* pasa por la no identificación de la imagen de persona mayor con la del jubilado y por eso debe seguirse una política eficaz de preparación a la jubilación.
- *El Consejo debe aprobar una directiva* sobre el trabajo voluntario a tiempo parcial para asegurar la protección necesaria a los ancianos que se propongan practicarla.
- *Entre las personas muy viejas* hay un gran número de mujeres, y por lo tanto es necesaria una revisión de la

estructura de los sistemas de jubilación para que todas las mujeres, incluidas las amas de casa, puedan tener una pensión digna, independientemente de su situación conyugal.

- *El anciano debe poder permanecer en su propio entorno* todo el tiempo posible y por lo tanto es necesaria la creación de una amplia red asistencial.
- *Para proteger los derechos de los ancianos* y asegurar un nivel básico en la calidad de vida, debe incorporarse a las legislaciones sobre la atención residencial de los mayores, acuerdos o contratos relativos a la asistencia.
- *Debe prestarse una especial atención a la vivienda* del anciano.
- *Es necesaria la implantación de una libreta sanitaria* y de una tarjeta europea para ancianos que les facilite el disfrutar de determinados servicios de la Comunidad.
- *La protección social de las personas muy viejas* constituirá una vez más una preocupación constante de los Estados miembros y esto implica, a nivel comunitario, la definición de programas de acción sanitaria y social que engloben medidas especiales para los ancianos impedidos.
- *La Resolución del Parlamento Europeo*, de 16-9-87, sobre el transporte de disminuidos y de ancianos establece el derecho a la movilidad y al acceso a los medios de transportes, en las mismas condiciones que el resto de los ciudadanos. Afirma que este derecho debe estar garantizado por el poder público, mediante las transformaciones necesarias en las estructuras y en los medios de transporte para facilitarles la utilización.
- *Considera que la posibilidad de trasladarse constituye* una condición esencial para poder participar en la vida social, ya que su integración comunitaria es un objetivo prioritario y esto responde a un imperativo social y humano, y representa, al mismo tiempo, una solución de menor coste social y económico.

Existe la recomendación de la Comisión de las Comunidades Europeas de 10-5-89, de acuerdo con la cual debe crearse una tarjeta de ciudadano europeo de más de 60 años, que dé derecho a disfrutar de las ventajas que existen en materia de transportes públicos y de actividades culturales. Se recomienda que el uso de la susodicha tarjeta entre en vigor, como muy tarde, el 1 de enero de 1981.

Esta Recomendación introduce el mismo dilema que el que presenta la medida de establecimiento de una tarifa social, ya que puede replantearse la conveniencia en vista a la opción de una pensión digna.

Existe una Recomendación de 10-12-82 sobre jubilación. Por otro lado, por su parte, el Consejo de las Comunidades se pronunció en esta Recomendación en los siguientes términos:

«Reconociendo que debería concederse progresivamente a todos los trabajadores el derecho a escoger, a partir de una determinada edad el momento de la jubilación.

Considerando que una serie de razones justifican una mayor flexibilidad respecto a la edad de jubilación; que estas razones se inspiran principalmente en necesidades objetivas y en los deseos de las personas interesadas, aunque también en consideraciones de política general, invita a los Estados miembros a que reconozcan como uno de los objetivos de su política social, la implantación de la jubilación flexible, es decir, en las condiciones prescritas por su legislación, la libre elección del momento en que los traba-

jadores asalariados, en el sentido de la legislación nacional, puedan beneficiarse de su pensión de jubilación».

A este efecto, el Consejo recomienda buscar la implantación progresiva de la jubilación flexible, y se inspira entre otras, en los principios de flexibilidad, de progresividad y de equidad. Así pues:

- *La jubilación flexible* no debe ser un obstáculo a las posibilidades existentes o futuras para que los trabajadores asalariados obtengan una reducción progresiva de la duración de su trabajo durante los últimos años que preceden a su jubilación.
- *Los trabajadores asalariados admitidos como beneficiarios* de una pensión de vejez no podrán ser excluidos de cualquier otra forma de actividad remunerada. Este principio puede entenderse como equitativo siempre que la mejora económica no comporte el sobrepasar excesivamente el nivel de renta previa a la jubilación.

Igualmente como en otros organismos, el Consejo de las Comunidades menciona la conveniencia de organizar programas de preparación para la jubilación durante los años que precedan la vida profesional, con la participación de las organizaciones representativas de los empresarios y de los trabajadores asalariados, así como de los otros organismos interesados.

Aún es necesario mencionar, aunque tenga un interés marginal, ya que es indicativo de unas necesidades sociales generalizadas para todos los países, los reglamentos 232/87 y 256/87 del 27 de enero, de la Comisión, relativos a acciones urgentes para la distribución gratuita de leche y de determinados productos lácteos a las personas más desfavorecidas. La Comisión reglamentó que los Estados miembros debían garantizar que este servicio fuese puesto al alcance de las organizaciones reconocidas como *caritativas* por el Estado miembro, en el territorio en el cual estuviesen ubicadas, para que se hiciese la ya mencionada distribución, de manera gratuita, a las personas más desvalidas. Los Estados miembros tendrán también la facultad de poner a la disposición de las dichas entidades, y a estos efectos, estos productos.

### ***Carta europea de los derechos de los trabajadores***

Fue aprobada por el Consejo de la Comunidad el 9-12-89. Aunque no ha llegado a constituirse, como se pretendía, en un código laboral europeo, considera la necesidad de promover la mejora de las condiciones de vida y de trabajo, y da la misma importancia a los aspectos sociales que a los económicos.

En relación con las personas mayores especifica:

- Todo trabajador de la Comunidad Europea debe poder beneficiarse, en el momento de la jubilación de los recursos necesarios que aseguren un nivel de vida digno.
- Toda persona que teniendo la edad de jubilación esté excluida del derecho a la pensión y no tenga otros medios de subsistencia, debe poder beneficiarse de los recursos suficientes y de una asistencia social y médica adaptadas a sus necesidades específicas.

La garantía de estos derechos junto con todos los que señala la Carta sobre protección social, igualdad de trato,

de asociación y negociación colectiva, libre circulación por todo el territorio, formación profesional continua y permanente, reciclajes, medidas adicionales para favorecer a las personas con handicap, etc. serán indispensables para los Estados de la Comunidad y se especifica que deberán ponerse en práctica mediante legislación y negociaciones colectivas, bajo la responsabilidad de cada Estado miembro.

Como se puede ver, esta última Carta Comunitaria de máximo nivel no aporta los avances significativos respecto a las otras sólo mencionadas anteriormente.

De todas maneras, se especifica una vez más la necesidad que tiene la población anciana de integrarse a la sociedad, con igualdad de condiciones y de derechos que los otros sectores sociales. Y esto se ha plasmado en todas las medidas.

## **LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA. PRINCIPIOS GENERALES DEL DERECHO Y DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA ANCIANA**

Dentro del marco jurídico internacional al que nos hemos referido se observan tres tipos de actuaciones: Principios generales de Derecho, Recomendaciones de actuación gubernamental y garantías mínimas para ciudadanos y extranjeros.

De todas estas tres líneas de actuación se puede decir que están revestidas de imperatividad:

- *La Declaración Universal de los Derechos Humanos* de la ONU, porque está relacionada expresamente en la Constitución (artículo 10.2). Lo mismo se puede decir de la Carta Social Europea del Consejo de Europa, pero por referencia indirecta.
- *Las Recomendaciones* de la OIT y de la CEE porque marcan líneas de actuación para la normalización legislativa internacional a las cuales se han sometido voluntariamente los Estados signatarios.
- *Los Acuerdos internacionales*, como por ejemplo el de Asistencia Social y Médica, Tratado de Roma, o los de Seguridad Social, porque forman parte integrante del orden jurídico interno de España, ya que así lo establece el artículo 96 de nuestra Constitución.

### **Derechos fundamentales y principios rectores**

Las normas de rango supranacional mencionadas presiden juntamente con la Constitución la ordenación legal de la protección de la vejez.

La Constitución obliga a los poderes públicos a una consideración específica de la ancianidad o tercera edad; consideración que tiene dos vertientes netamente diferenciadas: la dotación de una retribución económica, y el abastecimiento de servicios para el bienestar social (entre ellos los de cultura, ocio y vivienda del art. 50).

La retribución económica mediante pensiones implica el reconocimiento público de que el anciano debido a sus capacidades físicas no puede atender por sí mismo, mediante el trabajo, a su subsistencia.

La pensión se plantea en el artículo 50 de la Constitu-

ción española como una garantía de retribución no como un derecho absoluto; esto mismo se puede decir del planteamiento que hace el artículo 41 de la Constitución que habla, igualmente, de unas garantías inconcretas y sólo para casos de necesidad.

En todo caso debe tenerse presente que estos dos artículos constitucionales no forman parte de los derechos inherentes a la persona y directamente exigibles, porque están ubicados en el capítulo que trata de los principios rectores de la política social y económica, los cuales aunque informan la legislación, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos, sólo son exigibles ante los tribunales en función de lo que prevean las leyes de regulación. No obstante esta limitación determinada en el artículo 53 de la Constitución, la jurisprudencia ya ha identificado los derechos y deberes fundamentales para todo el capítulo I de la Constitución como Principios generales del derecho que son fuente de derecho en caso de no existir ley o costumbre directamente aplicable.

Al mismo tiempo la Constitución también establece en el artículo 9 que los poderes públicos deberán hacer posible la libertad y la igualdad del individuo, trabajarán para su plenitud y facilitarán la participación de todos los ciudadanos en la vida comunitaria. El anciano tiene así derecho a la igualdad para disfrutar y beneficiarse de los servicios de bienestar necesarios al igual que el resto de la población.

A fin y efecto del estudio que nos ocupa deben tenerse presentes los artículos siguientes de la Constitución:

Artículo 1. Proclama la justicia y la igualdad como valores superiores de nuestro Estado social.

Artículo 10. Recuerda que la dignidad de la persona, y evidentemente la del anciano es fundamento del orden político.

Artículo 14. Expresa la igualdad de todos ante la ley sean cuales sean las circunstancias personales o sociales.

Artículo 27. Afirma que todos tienen derecho a la educación. Que la educación debe tener como objetivo el pleno desarrollo de la persona.

Artículo 39. Enfoca la protección de la familia, sin que debamos entenderla como nuclear, exclusivamente.

Artículo 40. Nos interesa por el principio de redistribución de las rentas nacionales.

Artículo 43. Reconoce el derecho a la protección de la salud y la responsabilidad pública referente a este derecho.

Artículo 44. Promueve y tutela el acceso a la cultura para todo el mundo.

Artículo 45. Permite fundamentar el derecho de acceso al medio ambiente al afirmar que todos tienen derecho a disponer de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona.

Artículo 47. Hace referencia al derecho a una vivienda digna y adecuada.

Artículos 48 y 51. Fundamentan el derecho a la participación y a la defensa de los usuarios de los servicios.

## EL DERECHO CIVIL Y LA VEJEZ

El anciano no tiene un estatus legal implícito por razón de la edad. Tampoco la ancianidad es un concepto

unívoco ante situaciones jurídicas, sino solamente en función de la concurrencia de otra circunstancia tributaria de protección legal tal como la necesidad de alimento, la falta de capacidad de acción o la necesidad de vivienda.

### La familia como medio de protección social. El derecho a los alimentos

La aplicación de la institución de derecho civil llamada Derecho de Nutrición tiene una primordial importancia para la administración sobre el alcance de las responsabilidades de las Administraciones Públicas hacia los ciudadanos en penuria económica.

Hemos visto que la Constitución, en su artículo 50, prevé la obligación de los poderes públicos a suministrar pensiones y servicios de bienestar social. Pero respecto a estos últimos la redacción empieza: «Con independencia de las obligaciones familiares..., promoverán el bienestar (los poderes públicos...) un sistema de servicios sociales...» y tan o más interesante es observar que esta expresión no preside la primera parte del artículo referente a las pensiones.

No es objeto de este documento interpretar la Constitución, pero sí considerar las variables que intervienen en la ecuación del equilibrio social; y por lo tanto debe tenerse en cuenta el juego de la institución del Derecho a alimentos para las futuras regulaciones tanto de las pensiones asistenciales como de los servicios sociales.

Entiende el Código civil y la jurisprudencia por alimentos todo lo indispensable para la subsistencia, la habitación, el vestido y la asistencia médica. Estos alimentos se deben como derecho y obligación recíproca entre padres ascendientes y descendientes y entre cónyuges; sobre los hermanos, también se acreditan estos derechos /obligaciones aunque de forma y cuantía más restringida. Dice la ley que el obligado a prestar alimentos podrá, según su propia elección, satisfacerlos pagando la pensión que se le fije o acogiendo y manteniendo en su casa al titular del derecho.

Debemos aclarar que aunque la consideración de los alimentos como derecho y que aunque son derechos personales renunciables, en este caso la jurisprudencia ha marcado la característica de irrenunciabilidad para percibirlo a excepción de los atrasos. Esta irrenunciabilidad viene impuesta por el hecho de que el caso contrario trasladaría la obligación de mantener la familia a la Administración pública.

Mencionamos a parte del Derecho civil especial de Cataluña que contiene las instituciones del Año de «Plor» en favor del cónyuge, y de las herencias otorgadas bajo pacto de unidad económica familiar.

### Capacidad jurídica y capacidad de actuar. La incapacitación

La edad, y en este caso la *tercera*, no afecta la capacidad jurídica de la persona, es decir la posibilidad de ser titular de derechos y deberes, pero sí puede afectar indi-

rectamente la capacidad de actuar o gobernarse por sí mismo en el establecimiento y modificación de negocios jurídicos.

El artículo 200 del Código civil dice que son causas de incapacidad para decidir las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impiden que la persona se gobierne por sí misma y es evidente que entre estas causas podemos incluir la senilidad o acusada debilidad del cuerpo y del espíritu por causa de la vejez; pero es bien claro que la senilidad no parte del hecho de llegar a una edad concreta y por lo tanto nunca debería entenderse que el número de años cumplidos sea cima indiscutible para la supresión de determinadas posibilidades o derechos como sucede por ejemplo con la obtención del permiso de conducir, la jubilación forzosa o determinadas subvenciones productivas.

La incapacidad debe entenderse como un instrumento jurídico para salvaguardar derechos del anciano cuando le falta discernimiento o posibilidad física de decidir en beneficio de sí mismo. La incapacidad debe ser promovida por los familiares o el ministerio fiscal, pero los funcionarios públicos que por razón de sus cargos conozcan la existencia de posible causa de incapacidad

de una persona deben comunicarlo al ministerio fiscal a aquellos efectos; la sentencia que declare la incapacidad determinará la extensión y límites así como el régimen de tutela o guarda a que deba quedar sometido el incapaz.

El internamiento previo de un presunto incapaz requiere autorización judicial, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la adopción de esta medida de la cual debe darse cuenta inmediata al juez.

Los métodos de guarda que pueden decidir la sentencia de incapacidad son; tutela, tratamiento o nombramiento de defensor judicial. La misma sentencia determinará el alcance de la incapacidad que se referirá a todos los actos de disponibilidad de la persona incapaz o a actos singulares de alienación o gravamen de bienes, renunciar a derechos, aceptar o repudiar herencias o hacer testamento.

Es de especial interés la previsión legal de que la tutela puede atribuirse a una persona jurídica que no tenga finalidad lucrativa y se dedique a la atención de menores o incapacitados, es decir, tanto a entes públicos como privados de iniciativa social, como es el caso del ICASS o de los establecimientos concertados de iniciativa social.

## LH VI-5 DISPOSICIONES EXISTENTES EN EUROPA\*

La organización de servicios de asistencia a las personas mayores es objeto de disposiciones legislativas muy importantes en la mayoría de países de Europa.

Estas disposiciones afectan sobre todo a las instituciones de personas mayores, de residencias y de asistencia. Tienen como objetivo proponer o imponer, según los casos, normas, criterios y procedimientos de conformidad, controles y sanciones. Podemos citar particularmente:

- *En Bélgica*, el decreto real N.º 59 del 22 de julio de 1982 que modifica el artículo 5 de la ley del 27 de junio de 1958, la cual, a su vez, modifica la legislación de los hospitales y otras formas de asistencia sanitaria\*\*, y que establece un procedimiento de agregación especial para los servicios integrados de asistencia a domicilio y casas de reposo aceptadas por personas mayores para la admi-

nistración de un conjunto de cuidados que permitan acortar la permanencia en el hospital o evitarla.

- *En España*, el decreto real n.º 1978 del 23 de enero de 1978, que precisa las condiciones de creación, funcionamiento e inspección de las Residencias para personas mayores.
- *En Francia*, diversos textos en vigor, sobre todo los decretos n.º 77-1289 del 22 de noviembre de 1977, n.º 51 del 26 de octubre de 1978, relativos a la creación de secciones de curas médicas en las residencias, y la circular del 7 de abril de 1982 del secretario de Estado encargado de las personas mayores.
- *En Grecia*, el decreto presidencial n.º 47 del 15 de febrero de 1983 que sustituye ciertas disposiciones del decreto presidencial n.º 692 de 1974 relativo a las condiciones aplicables a la creación y la explotación de residencias privadas para la asistencia a las personas mayores;
- *En Hungría*, la instrucción n.º 18 de 1982 del Ministerio de salud, que precisa las condiciones de organización y funcionamiento de las residencias e instituciones sociales.
- *En Islandia*, la ley n.º 91 del 31 de diciembre de 1982.

\* VELLAR, P. *La legislación sanitaria y personas mayores. Un estudio europeo*. Universidad de Ciencias Sociales. Toulouse. 1982.

\*\* Boletín del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, 1982, n.º 3, pp. 533-534.

rectamente la capacidad de actuar o gobernarse por sí mismo en el establecimiento y modificación de negocios jurídicos.

El artículo 200 del Código civil dice que son causas de incapacidad para decidir las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impiden que la persona se gobierne por sí misma y es evidente que entre estas causas podemos incluir la senilidad o acusada debilidad del cuerpo y del espíritu por causa de la vejez; pero es bien claro que la senilidad no parte del hecho de llegar a una edad concreta y por lo tanto nunca debería entenderse que el número de años cumplidos sea cima indiscutible para la supresión de determinadas posibilidades o derechos como sucede por ejemplo con la obtención del permiso de conducir, la jubilación forzosa o determinadas subvenciones productivas.

La incapacidad debe entenderse como un instrumento jurídico para salvaguardar derechos del anciano cuando le falta discernimiento o posibilidad física de decidir en beneficio de sí mismo. La incapacidad debe ser promovida por los familiares o el ministerio fiscal, pero los funcionarios públicos que por razón de sus cargos conozcan la existencia de posible causa de incapacidad

de una persona deben comunicarlo al ministerio fiscal a aquellos efectos; la sentencia que declare la incapacidad determinará la extensión y límites así como el régimen de tutela o guarda a que deba quedar sometido el incapaz.

El internamiento previo de un presunto incapaz requiere autorización judicial, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la adopción de esta medida de la cual debe darse cuenta inmediata al juez.

Los métodos de guarda que pueden decidir la sentencia de incapacidad son; tutela, tratamiento o nombramiento de defensor judicial. La misma sentencia determinará el alcance de la incapacidad que se referirá a todos los actos de disponibilidad de la persona incapaz o a actos singulares de alienación o gravamen de bienes, renunciar a derechos, aceptar o repudiar herencias o hacer testamento.

Es de especial interés la previsión legal de que la tutela puede atribuirse a una persona jurídica que no tenga finalidad lucrativa y se dedique a la atención de menores o incapacitados, es decir, tanto a entes públicos como privados de iniciativa social, como es el caso del ICASS o de los establecimientos concertados de iniciativa social.

## LH VI-5 DISPOSICIONES EXISTENTES EN EUROPA\*

La organización de servicios de asistencia a las personas mayores es objeto de disposiciones legislativas muy importantes en la mayoría de países de Europa.

Estas disposiciones afectan sobre todo a las instituciones de personas mayores, de residencias y de asistencia. Tienen como objetivo proponer o imponer, según los casos, normas, criterios y procedimientos de conformidad, controles y sanciones. Podemos citar particularmente:

- *En Bélgica*, el decreto real N.º 59 del 22 de julio de 1982 que modifica el artículo 5 de la ley del 27 de junio de 1958, la cual, a su vez, modifica la legislación de los hospitales y otras formas de asistencia sanitaria\*\*, y que establece un procedimiento de agregación especial para los servicios integrados de asistencia a domicilio y casas de reposo aceptadas por personas mayores para la admi-

nistración de un conjunto de cuidados que permitan acortar la permanencia en el hospital o evitarla.

- *En España*, el decreto real n.º 1978 del 23 de enero de 1978, que precisa las condiciones de creación, funcionamiento e inspección de las Residencias para personas mayores.
- *En Francia*, diversos textos en vigor, sobre todo los decretos n.º 77-1289 del 22 de noviembre de 1977, n.º 51 del 26 de octubre de 1978, relativos a la creación de secciones de curas médicas en las residencias, y la circular del 7 de abril de 1982 del secretario de Estado encargado de las personas mayores.
- *En Grecia*, el decreto presidencial n.º 47 del 15 de febrero de 1983 que sustituye ciertas disposiciones del decreto presidencial n.º 692 de 1974 relativo a las condiciones aplicables a la creación y la explotación de residencias privadas para la asistencia a las personas mayores;
- *En Hungría*, la instrucción n.º 18 de 1982 del Ministerio de salud, que precisa las condiciones de organización y funcionamiento de las residencias e instituciones sociales.
- *En Islandia*, la ley n.º 91 del 31 de diciembre de 1982.

\* VELLAR, P. *La legislación sanitaria y personas mayores. Un estudio europeo*. Universidad de Ciencias Sociales. Toulouse. 1982.

\*\* Boletín del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, 1982, n.º 3, pp. 533-534.

# CARTA DE LOS DERECHOS Y LIBERTADES DE LA PERSONA MAYOR DEPENDIENTE\*

Fundación Nacional de Gerontología de Francia  
Secretariado del Estado encargado de la Seguridad Social  
Ministerio de Asuntos Sociales y de Empleo

*Los progresos de la medicina y la mejora del nivel de vida han permitido un alargamiento sin precedentes de la esperanza de vida de los Franceses.*

*Podemos felicitarnos e incluir un mérito tal en las actividades de la sociedad moderna.*

*Pero, como algunos han dicho de manera justa, no es suficiente añadir años a la vida, debemos también añadir vida a los años.*

*De hecho, las personas mayores sufren a menudo de una importante pérdida de autonomía.*

*Además, estas personas corren el riesgo de que se las aparte de la vida social y quizás incluso de que se atente contra su dignidad.*

*La idea de una Carta de los derechos y libertades de la persona mayor dependiente ha nacido de esta constatación.*

*Esta carta tiene como objetivo el recordar a todos que, sea cual sea el grado o la forma de dependencia, la persona mayor tiene derecho al respeto absoluto de sus libertades como ciudadano y de su dignidad.*

*También tiene como fin afirmar que la persona mayor dependiente tiene derecho a un reconocimiento pleno y entero en el seno de la ciudad.*

*Efectivamente, las personas mayores son el lazo necesario entre el pasado y el futuro de nuestra comunidad nacional. También son útiles a la sociedad por su sola presencia.*

La vejez es una etapa de la existencia durante la cual cada uno debe poder buscar su plenitud.

La mayoría de las personas mayores permanece autónoma y lúcida hasta el último momento de la vida. La aparición de la dependencia, cuando ésta aparece, se da a una edad cada vez más tardía.

Aún siendo dependientes, las personas mayores deben poder continuar ejerciendo sus derechos y libertades como ciudadanos.

\* Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. Paris: Fondation Nationale de Gérontologie; Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, 1987.

También deben poder conservar su lugar en la ciudad, en contacto con las otras generaciones.

Esta Carta tiene como objetivo el preservar los derechos y la dignidad de las personas mayores en situación de dependencia.

## Art. I. Libertad de elección

*La persona mayor con pérdida de autonomía conserva la libertad de elección de su modo de vida.*

Debe poder llevar una vida independiente si así lo desea, incluso al precio de un cierto riesgo para ella, del cual debe ser informada así como su entorno. La familia y los interventores deben respetar al máximo posible el deseo profundo de la persona mayor.

## Art. II. Domicilio y ambiente

*El lugar de vida de la persona mayor dependiente, domicilio personal o establecimiento, debe estar adaptado a sus necesidades.*

La persona mayor con autonomía reducida reside la mayoría de las veces en su domicilio personal. Debe acondicionarse la vivienda para permitirle estar en casa cuanto más tiempo mejor, y en las mejores condiciones.

Cuando no sea posible mantenerla a domicilio, la persona mayor dependiente debe poder escoger el ser alojada en una familia de acogida o en una institución, que se convertirá en su nuevo domicilio y que estará a su servicio.

Su confort moral y físico y su calidad de vida, deben ser el objetivo de cada instante.

La arquitectura de los establecimientos debe concebirse para responder a las necesidades de la vida privada de las personas mayores dependientes. El espacio debe estar organizado para garantizar el acceso y favorecer la

orientación y los desplazamientos, en las mejores condiciones de seguridad.

### Art. III. Familia y entorno

*El mantenimiento de las relaciones familiares y de los lazos amistosos es indispensable para las personas mayores dependientes.*

Las familias que proporcionan sus propios cuidados a sus familiares, mayores y dependientes, a domicilio, deben ser reconocidos y sostenidos en sus tareas.

En las instituciones, debe fomentarse y facilitarse la cooperación de las familias y de los vecinos a la calidad de vida dentro del establecimiento. En su ausencia, deben ser sustituidos por el personal de la institución o por voluntarios.

### Art. IV. Recursos

*La persona mayor dependiente debe poder conservar el dominio del conjunto de sus recursos disponibles, y de su patrimonio.*

Debe poder disponer de éstos según sus deseos, bajo reserva de una protección legal, en caso de dependencia psíquica.

Incumbe a la sociedad y/o a la familia el asegurarle un mínimo de vida decente en caso de insuficiencia de recursos.

### Art. V. Comunicación, desplazamiento y vida social

*La persona mayor dependiente debe conservar la libertad de comunicación, desplazamiento y participación en la vida de la sociedad.*

Los urbanistas deben tener en cuenta el envejecimiento de la población en la distribución de la ciudad.

Los lugares públicos y los transportes en común deben procurar la accesibilidad a las personas mayores, y facilitar su participación en la vida social y cultural.

La persona mayor debe recibir una información clara y precisa sobre sus derechos sociales y sobre la evolución de la legislación que les concierne.

### Art. VI. Actividades

*A la persona mayor dependiente se la debe animar a conservar algunas actividades.*

Algunas necesidades de comunicación y algunas capacidades de realización persisten durante toda la existencia.

Toda actividad evita la sensación de desvalorización y de inutilidad. La participación voluntaria en las realidades más diversificadas (económicas, artísticas, lúdicas, culturales, etc.) debe ser posible según las aspiraciones. La persona mayor mentalmente disminuida debe poder participar en ellas.

### Art. VII. Religión

*Toda persona mayor dependiente debe poder practicar la religión que ella profese.*

Cada establecimiento debe ofrecer un local de acceso fácil, pudiendo servir de lugar de culto, y permitir la visita de los representantes de las distintas religiones.

### Art. VIII. Prevención

*La prevención de la dependencia es una necesidad para el individuo que envejece.*

Una gestión preventiva se justifica siempre que su eficacia quede demostrada.

La prevención incluye todas las iniciativas encaminadas a romper el aislamiento y a aumentar la seguridad de las personas mayores con una autonomía reducida.

Esto pide una información clara y objetiva al público y a las personas mayores en particular.

### Art. IX. Derecho a cuidados

*Toda persona mayor dependiente debe tener acceso a los cuidados que le sean necesarios.*

La persona mayor no debe ser considerada como objeto pasivo de cuidados, incluso en el momento de ser hospitalizada.

Los cuidados incluyen los cuidados médicos y técnicas que permitan la curación cada vez que este objetivo se pueda cumplir, así como aquellos que se encaminan a compensar los handicaps, a reeducar las funciones, a aliviar el dolor, a mantener la lucidez y el confort del enfermo, a reanudar sus esperanzas y sus proyectos, y a mejorar la calidad de vida.

En caso de hospitalización, debe tenerse en cuenta la vuelta a domicilio como prioridad.

La fijación de las tarifas de asistencia debe depender de las necesidades de la persona mayor dependiente, y no del tipo de servicio o del establecimiento que se encarga de ella.

### Art. X. Calificación de los interventores

*Los cuidados que requiere la persona mayor dependiente deben ser dispensados por personal bien formado y en número suficiente.*

Una formación específica en gerontología, inicialmente y una formación continua en el curso del ejercicio, debe dispensarse a todos, ya pertenezcan al cuerpo médico y para-médico, a las profesiones sociales, o a la administración de instituciones y servicios.

### Art. XI. La muerte

*Deben asegurarse los cuidados y asistencia propios de los moribundos.*

No deben confundirse las afecciones severas y las afecciones mortales. El peligro de una renuncia terapéu-

FUNDACIÓN NACIONAL  
DE GERONTOLOGÍA

COMISIÓN  
«DERECHOS Y LIBERTADES  
DE LOS MAYORES»

- Sr. Profesor ROBERT MOULIAS (Hospital Charles-Foix, Ivry), Presidente.
- Sr. JEAN BASSALER (Director Honorario, CPAM, Burdeos).
- Sr. Dr. ALAIN BAULON (Hospital Sainte-Périne, París).
- Sr. Dr. HERVÉ BECK (Hospital Charles-Foix, Ivry).
- Sr. Pr. PAUL BERTHAUX (Hospital Charles-Foix, Ivry).
- Sra. Dr. M.-C. BRACHET (Directora, DDASS, Besançon).
- Maese RÉMI CORPECHOT (Notario, París).
- Sr. Pr. JEAN DAUVERCHAIN (Hospital General, Montpellier).
- Sr. ALFRED FAESSEL (Periodista, Strasbourg).
- Sra. Dr. MONIQUE FERRY (Centro Hospitalario, Valence).
- Sr. JOSEPH FLESCH (Presidente, CIGS, París).
- Sra. ANNE FONTAINE (Secretaria General, FNG, París).
- Sra. Dr. FRANÇOISE FORETTE (Directora, FNG, y Hospital Broca, París).
- Sr. Pr. FRANCIS KUNTZMANN (Hospices Civiles, Strasbourg).
- Sra. SIMONE MALAQUIN (Vice-Presidenta, CNR-PA, París).
- Sra. CHARLOTTE MEMIN (Psicóloga, Hospital René-Muret, Sevran).
- Sr. Dr. BERNARD PETER (Centro Hospitalario, Mulhouse).
- Sr. Dr. LOUIS PLOTON (Hospital Saint-Jean-de-Dieu, Lyon).
- Maese FRANÇOIS SARDA (Abogado de la corte, París).
- Sra. Dr. RENÉE SEBAG-LANOE (Hospital Paul-Brousse, Villejuif).
- Sr. Pr. PIERRE VELLAR (Universidad de Ciencias Sociales, Toulouse).

tica abusiva, en una persona que sufra de una afección severa pero curable, constituye un riesgo tan inaceptable como el de un encarnizamiento terapéutico injustificado.

El confort del moribundo debe preservarse. Debe poder estar rodeado de su familia y de sus amigos.

El personal de la institución debe estar preparado a esta tarea de acompañamiento.

#### Art. XII. Investigación

*La investigación multidisciplinaria sobre el envejecimiento y la dependencia es una prioridad.*

Ésta debe permitir un mejor conocimiento de las limitaciones ligadas a la edad y disminuir el coste que supone el tener que asumirlas.

#### Art. XIII. Protección legal

*Toda persona en situación de dependencia conserva la totalidad de sus derechos según la ley.*

Desde la puesta en marcha de las protecciones previstas por el código civil (salvaguardia de justicia, o tutela), debe considerarse:

- Que la necesidad de protección no es necesariamente definitiva.
- Que la persona mayor dependiente debe poder dar su opinión cada vez que ésta sea necesaria.
- Y que debe ser informada de los actos efectuados en su nombre.

El ejercicio efectivo de la totalidad de sus derechos cívicos, en particular el derecho de voto, debe asegurarse a las personas mayores físicamente dependientes.

Desde su entrada en una institución o de su desplazamiento a una familia de acogida, las condiciones de residencia deben garantizarse mediante un contrato explícito y que esté en conocimiento de todos.

#### Art. XIV. Sociedad y personas mayores dependientes

*El conjunto de la población debe estar informada de las dificultades que encuentran las personas mayores dependientes.*

Esta información es necesaria a fin de evitar que no se tomen decisiones contrarias a sus deseos, no conformes a sus capacidades restantes y sin tener en suficiente consideración el abanico de servicios e instituciones susceptibles de responder a sus necesidades.

El objetivo es la prevención de todo riesgo de exclusión social.

Cuando sea aceptado universalmente que las personas mayores dependientes tienen derecho al respeto absoluto de sus libertades de adulto y de su dignidad de ser humano, esta Carta se aplicará en su espíritu.

# VACUTRON

Reguladores de Vacío.



- Control exacto y preciso del vacío.
- Mínimo mantenimiento.
- Resistente a impactos.
- Vacuómetro codificado por colores.
- Funcionamiento silencioso.

# HANDI-VAC

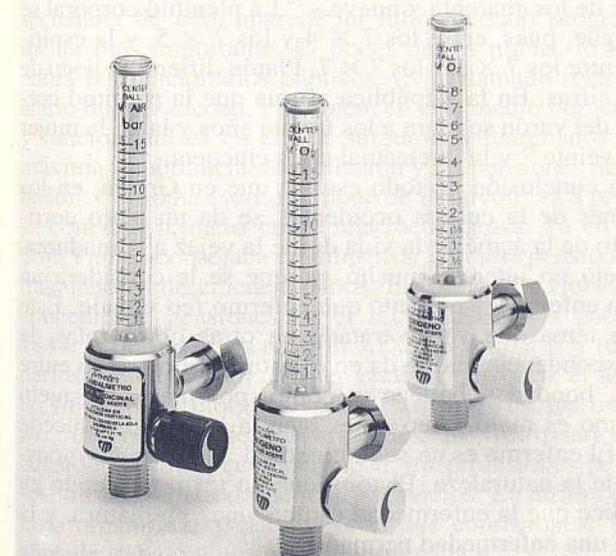
Sistema desechable para recolección de fluidos.



- Sistema desechable de cierre hermético, que impide su apertura accidental.
- Dos capacidades: 1.500 ml y 2.400 ml.
- Dos conexiones: Conexión a tubo y conexión diss.
- Válvula seguridad standard.
- Posibilidad de conexión en tándem.
- Completa gama de accesorios.

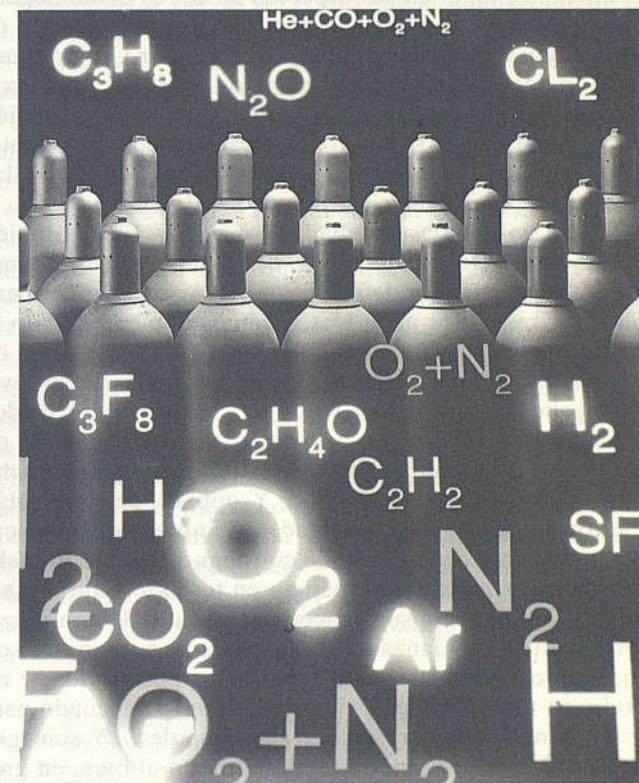
# ULTRA FLO

Caudalímetros con rotamento de Oxígeno y Aire Medicinal.



- Alta precisión.
- Fácil lectura.
- Gran resistencia.
- Sencillez de manejo.

# GASES PUROS Y MEDICINALES AL SERVICIO HOSPITALARIO



Revista

## LABOR HOSPITALARIA

**Boletín de suscripción**

**Año 1997**

Suscripción anual: cuatro números

España . . . . .	Ptas. 3.500
Extranjero	
Correo ordinario . . . . .	\$ 36
Correo aéreo: Europa . . . .	\$ 46
Resto países	\$ 49

Apellidos _____	Nombre _____		
Calle _____	Número _____	Piso _____	Puerta _____
Código Postal _____	Provincia o país _____		
Teléfono _____	Profesión _____		

### FORMA DE PAGO

(indique con una X la forma de pago que le interese)

- Por Giro Postal
- Por Caja o Banco (rellenar la orden de pago siguiente, sin omitir ningún dato de los solicitados)

- Por cheque nominativo adjunto N.º a favor de LABOR HOSPITALARIA

**Banco o Caja de Ahorros:** [Grid for bank name]

**Titular de la cuenta:** [Grid for account holder name]

ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚMERO DE CUENTA

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

, a de de  
Firma

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada: a:

### LABOR HOSPITALARIA

Hermanos de San Juan de Dios - Dr. Antoni Pujadas, 40 - Tel. 630 30 90 - 08830 SANT BOI DE LLOBREGAT (BARCELONA)

**HABLAMOS DE SU CASA.**

**EL PRIMER GRUPO BANCARIO DE EUROPA.**

**CREDITO HIPOTECARIO**

**AQUI  
CUESTA MENOS.**

**USTED SE LO PUEDE CREER O NO.  
PERO MIENTRAS NO LLAME  
SEGUIRA CON LA DUDA.**

MÁS INFORMACIÓN **900 222 000**



**BANCA JOVER**

GRUPO CREDIT LYONNAIS

**HABLAMOS EN SERIO.**