

LAS DIMENSIONES BIOÉTICAS DE LA VEJEZ

Fernando Lolas Stepke*

Resumen

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

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

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

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

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

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

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

Abstract

Bioethical dimensions of old age

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

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

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

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

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

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

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

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

Correspondencia: lolasf@chi.ops-oms.org

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

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

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

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

Resumo

As dimensões bioéticas da velhice

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Résumé

Les dimensions bioéthiques de la vieillesse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La edad como desafío

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

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

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

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

Dilemas éticos: deber y virtud

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

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

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

temas pertinentes a la convivencia intergeneracional y de los principios más relevantes para su concreción exitosaⁱ.

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

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

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

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

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

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

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

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

nifican una carga no siempre deseada.

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

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

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

La vejez como estadio vital: una construcción social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sentido y significado de la vejez y del envejecimiento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La identidad de las personas que envejecen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Envejecer: algunas consecuencias personales y sociales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

bros de generaciones diferentes y de allí examinar la aplicación de puntos de vista, principios o modelos de eticidad^{iv}.

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

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

^{iv} Una buena síntesis de alternativas para la toma de decisiones éticas, en Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Eudema Universidad, Madrid, 1991.

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

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

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

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

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

Obligaciones y expectativas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referencias

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