

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Algunos dilemas bioéticos en torno a la vejez

Dra. Delia Outomuro
Facultad de Medicina
Coordinadora de la Cátedra de Bioética
Universidad de Buenos Aires

Introducción

Varias han sido las causas de los orígenes del discurso bioético. La hegemonía de la racionalidad técnico-instrumental ha tenido un papel preponderante. Basta recordar en este sentido toda la conflictividad suscitada en torno a la invención del respirador artificial y la consiguiente creación de las unidades de cuidados intensivos. Casi podría decirse que, a medida que la medicina científica ‘avanza’ en progresión aritmética, los conflictos bioéticos aumentan en forma geométrica.

Una de las consecuencias de los avances científico-tecnológicos es la variación, al menos en los países centrales, de la estructura poblacional. La caída de las tasas de morbilidad y mortalidad ha contribuido al desarrollo de sociedades cada vez más añosas. El incremento de la longevidad impresiona prima facie como uno de los beneficios del progreso de la ciencia (y tal vez, tomado aisladamente, lo sea). Sin embargo, el análisis un poco más detenido y minucioso puede arrojar múltiples sorpresas.

Mi propósito es sacar a la luz algunos de los dilemas y/o paradojas morales que se presentan en la sociedad como consecuencia del envejecimiento de su población. No ofreceré soluciones definitivas, ni siquiera soluciones. Mi intención es tan solo descubrir dicha conflictividad.

Para ello seguiré en lo principal el pensamiento de Fernando Lolas Stepke. Asimismo tomaré algunas ideas de Victoria Camps, de Daniel Callahan y de Norman Daniels, entre otros. El marco teórico desde el que efectuaré el análisis es el de la antropología entendida en el estilo de Levi-Strauss. Desde esta perspectiva, el hombre es el resultado de la biología y la cultura, facetas estas que no se yuxtaponen sino que constituyen una verdadera amalgama en la cual es muy difícil distinguir dónde termina la naturaleza y dónde empieza la cultura.

Vejez y envejecimiento: estado y proceso biográficos, más allá de la biología.

Quisiera comenzar diferenciando entre vejez y envejecimiento. La vejez puede ser entendida como un estado mientras que el envejecimiento es un proceso. Ambas son biografías más que biología. Al considerar esta dimensión cultural podemos inquirir sobre su sentido y su significado. El sentido es la percepción que cada individuo tiene de su propia vejez y/o envejecimiento. El significado es la valoración que los otros, la sociedad o la cultura hacen de ellas. La relación entre sentido y significado, entre lo individual y lo comunitario está aquí, como

en tantos otros temas bioéticos, caracterizada por tensiones que suelen desembocar en auténticos dilemas.

El concepto de envejecimiento ha de entenderse en clave dinámica tanto en lo biológico cuanto en lo biográfico. Desde la dimensión biológica, se trata de un proceso que se inicia con el mismo nacimiento y que implica la progresiva pérdida de vitalidad hasta terminar en la muerte. Por vitalidad se entiende la capacidad del organismo de realizar distintas funciones. La vitalidad va decreciendo con los años, aun en ausencia de enfermedad, y adquiere una gran variabilidad de un individuo a otro e incluso en diferentes etapas de la vida de una misma persona. Hay quienes distinguen entre envejecimiento 'eugérico' y 'patogérico'; el primero es considerado fisiológico y poco condicionado por factores externos o ambientales, a diferencia del segundo donde ocurre lo contrario. (1)

En el proceso de envejecimiento es posible adquirir deficiencias, discapacidades o minusvalías. Las deficiencias implican cambios cuantitativos que pueden preverse y a los cuales es posible adaptarse (por ejemplo, incapacidad progresiva para alcanzar frecuencias cardíacas muy elevadas durante el ejercicio). Las discapacidades conllevan la pérdida objetiva de alguna función (presbicia, presbiacusia). No obstante, ni unas ni otras implican un reordenamiento de la forma de vida, a diferencia de las minusvalías (verbigracia, dificultad para alimentarse, asearse o deambular). Son estas últimas las que potencialmente generan incompetencia y/o dependencia.

Las contradicciones de la cultura posmoderna: individualismo, kitsch, lifting, medicalización y el discurso sobre una vejez 'venerable'

La vejez como significante, es un constructo social cuyo contenido estará acorde con las variaciones culturales, tanto sincrónicas como diacrónicas. Nuestra cultura occidental judeo-cristiana y libremercada suele incurrir en un doble discurso o, como diría Habermas, en una 'autocontradicción performativa'. En términos sencillos: se dice una cosa y se hace lo contrario. No me detendré demasiado en este punto por considerarlo conocido. Solo diré que el significado atribuido a la vejez depende de la valoración que la cultura haga de su propio pasado y que una sociedad impregnada de individualismo, de kitsch y de lifting difícilmente considera positivamente a la vejez.

Son estos síntomas posmodernos de nuestra cultura. El individualismo (que se manifiesta en el caso de la vejez en el aislamiento y el abandono de los viejos), lejos de constituir, como podría suponerse, un peligro para la estructura social, se convierte en un importante factor de cohesión. La desaparición del espacio público, la fragmentación de los lazos sociales y la radicalización del subjetivismo impiden cualquier acción organizada como respuesta al poder omniabarcante. El kitsch implica que todo está bien como está y, por ende, todos los aspectos negativos de la realidad son sistemáticamente negados, no existen. No se trata de erradicar el hambre, la miseria, la violencia o la enfermedad sino de aislarlas, de separarlas de la vida cotidiana. De hecho existen pobres, enfermos, guerras, pero esto sucede 'en otro mundo', pertenece a otras esferas en las que se juegan otros juegos del lenguaje regidos por otras pautas culturales. La vejez, cuando no puede derrotarse, también es negada. En este sentido, resulta significativo el número creciente

de instituciones geriátricas donde se dice cuidar a los ancianos cuando, en muchos casos, se trata de asilos en los que ni siquiera se satisfacen sus necesidades básicas. El *lifting* consiste en utilizar un lenguaje eufemístico y tranquilizador. Ya no hay viejos ni ciegos ni lisiados; ellos han sido reemplazados por gente de la tercera edad, no videntes ni inválidos.

La fuerte medicalización de nuestra sociedad ha contribuido a esta valoración negativa de la vejez. Al igual que la enfermedad y la muerte, la vejez ha sido demonizada y se espera del 'progreso científico' la pócima que logre exorcizarlas. La dependencia tecnológica de la medicina ha convertido a la salud y a la vida en auténticas tiranías. El posmodernismo, con su crítica advertencia sobre la posibilidad de verdades absolutas y fundamentos últimos, ha sido infructuoso en el campo de la medicina. Otro ejemplo de ello es el auge que tiene en estos tiempos la mal llamada 'medicina basada en la evidencia'. Con ella se deponen el viejo aforismo 'no hay enfermedades sino enfermos' y se reduce la práctica de una 'medicina basada en la persona'.

Los dilemas bioéticos de la vejez en la cultura posmoderna

Hechas estas consideraciones intentaré presentar a continuación, si no toda, al menos parte de la problemática bioética de la vejez en nuestra sociedad. Podríamos enunciar los siguientes problemas, que se hallan, sin duda, interrelacionados: actitud paternalista, costos de la atención de la vejez, encarnizamiento terapéutico, calidad de vida, derechos de los ancianos, relación entre generaciones, equidad nutricional. Dada de su interconexión, analizaré cada uno por separado con fines exclusivamente didácticos.

Actitud paternalista: ¿es la edad por sí misma un límite para el ejercicio de la autonomía?

Quizás sea con los ancianos con quienes más se actúe de modo paternalista. El solo hecho de envejecer pareciera implicar un menoscabo de la autonomía y de la competencia. Quizás la dificultad para llevar a cabo ciertas tareas como movilizarse o asearse, quizás las fallas mnésicas (2) o la lentitud en el pensamiento conspiran contra el derecho que cada uno tiene a decidir sobre su propia vida. Pero un análisis racional de estos supuestos inmediatamente nos muestra que ellos no resisten la crítica. Beauchamp y Mc Cullough (3) distinguen entre autonomía y competencia. La autonomía se define como autogobierno mientras que la competencia se refiere a la capacidad para desempeñar una tarea. Una persona puede ser autónoma e incompetente para ciertas tareas; por ejemplo, un cuadripléjico puede ser capaz de autogobernarse aunque no pueda realizar actividades que tienen que ver con su cuidado personal. Viceversa, se puede ser no autónomo y competente, tal sería el caso de una persona que bajo hipnosis camina, se alimenta o realiza alguna otra tarea. Si bien lo habitual es que ambos conceptos guarden entre sí una relación directamente proporcional, no hay nada que nos permita aseverar que una persona con tales dificultades no sea capaz de tomar decisiones por sí misma. Asimismo, no encuentro argumentos que permitan sostener que la edad por sí sola, en el caso de los ancianos, sea una variable limitante del autogobierno.

Costos de la atención de la vejez: una consecuencia lógica de la medicalización. Medicina ‘reactiva’ vs medicina ‘proactiva’ en la racionalización de los recursos

A mi modo de ver, existe en este punto una paradoja. Por un lado se medicaliza una etapa normal de la vida y por otro se denuncia el impacto negativo que tiene en la economía estatal o privada dicha atención. En la medida en que la vejez es considerada una enfermedad evitable, la medicina relega su función de cuidado (caring) y enfatiza su dimensión curativa (curing). La racionalidad técnico-instrumental sustituye al pensamiento humanístico. Se trata de una medicina ‘reactiva’, que reacciona frente a las exigencias del mercado independientemente de la legitimidad de las demandas. Esta medicina desplaza a la medicina ‘proactiva’ en la que expertos y profanos debieran diseñar el tipo de atención médica teniendo en cuenta lo factible (coordinada técnica) pero también lo bueno (coordinada personal) y lo justo (coordinada social) (4) .

Es interesante (aunque discutible) la propuesta de Daniel Callahan en lo referente a los límites de la atención médica. Su argumento se centra en la distinción entre aquellas muertes que implican una afrenta a la naturaleza humana y aquellas que no. En el primer caso se debería intervenir para intentar evitarlas mientras que en el segundo deberíamos abstenernos de tal intervención. Una muerte es ‘aceptable’ cuando se cumplen tres condiciones: a) las posibilidades de la propia vida han sido consumadas en su totalidad; b) las obligaciones morales que se tiene hacia aquellos que dependen de nosotros han sido canceladas, y c) nuestra muerte no hiere la sensibilidad o al sentido común ni es un atentado contra la aceptación racional de la naturaleza humana como finita. Nótese que es esta una definición biográfica y no biológica pues contiene aspectos del propio proyecto de vida y del imaginario social (5) .

Una muerte que cumpla estos criterios será motivo de tristeza pero no se la podrá considerar un mal que hay que evitar. Los objetivos de la atención médica serán entonces el de acompañar y el de aliviar el sufrimiento (caring) pero no el de intervenir prolongando la vida biológica. No obstante, también aquí se ha de ser prudente pues el sufrimiento puede tener distintas connotaciones según las personas; así habrá quienes deseen evitar el dolor a toda costa y quienes prefieran padecerlo si ello, por ejemplo, les permite mantenerse lúcidos.

Daniel Callahan aboga por el establecimiento de criterios fijos, objetivos y universales (fixed categorical standards) para decidir dónde ubicar los límites de la atención médica con el objeto de racionalizar los recursos. Esta racionalización atañe no solo a los tratamientos inefectivos sino incluso a aquellos que pudieran tener un éxito terapéutico. Uno de estos criterios sería la edad. Es consciente de los problemas (o dilemas) que esto conlleva, pero también sabe que no existe una situación ideal en que todas las necesidades individuales puedan ser satisfechas. Sostener lo contrario sería defender una utopía: ‘Sooner or later we will need such fixed standards. The combination of an ageing society, constant technological progress, and unlimited need and demand require firm limits’ (6) .

Se defiende, frente a las críticas que consideran discriminatoria esta racionalización, argumentando que la inexistencia de límites genera aún más discriminación porque, de hecho,

los recursos no alcanzan para todos, el acceso a los mismos resulta muchas veces azaroso y quienes acceden a ellos lo hacen siempre a expensas de los que quedan sin atención arbitrariamente. Considerando globalmente un sistema de salud, las políticas a implementar deben tener en cuenta todos los grupos etáreos y distribuir los recursos de tal manera de promover el bien común.

Por su parte, Norman Daniels ofrece una propuesta fundamentada en la teoría de la justicia de Rawls; desde ella se pretende garantizar la igualdad de oportunidades y, dado que la salud es condición necesaria para dicha igualdad, los cuidados de la salud (7) deben distribuirse equitativamente. Ahora bien, como las oportunidades de los mayores de 65 años pertenecen al pasado, no se justificaría prima facie la inversión en ellos. Sin embargo, la teoría de Rawls también sostiene que debe darse más a los menos aventajados; los minusválidos y los ancianos son los más necesitados y, por lo tanto, a ellos deberían desviarse los recursos. En este razonamiento existe implícitamente un racionamiento por edad, aunque en este caso en detrimento de las generaciones más jóvenes. De este modo, el problema subsiste: las ganancias en un grupo implican siempre pérdidas en otro. Si el criterio de edad propuesto por Callahan es inmoral también lo será el que discrimine a los jóvenes.

Daniels intenta resolver el problema del siguiente modo: la edad por sí misma no es un estándar inmoral siempre y cuando no se la conciba como un criterio fijo sino dinámico. 'Thus it is rational and prudent that I take from one stage of my life to give to another, in order to make my life as whole better. But it is morally problematic just when society can take from one person to give to another in order to maximize, say, total happiness' (8). Esto quiere decir que quienes son ahora jóvenes devendrán ancianos y deben realizar una transferencia equitativa de recursos hacia las cohortes de los mayores puesto que, las siguientes generaciones tendrán que hacer lo mismo con ellos cuando lleguen a la vejez.

Sin embargo algunos interrogantes quedan aun en pie. Por ejemplo, ¿qué parte del presupuesto debe transferirse? o ¿qué tipo de cuidados deben proveerse? Daniels propone un modelo de ahorro y transferencia 'prudente y racional' obtenido por un proceso de deliberación que se hará desde el 'velo de la ignorancia'. Se trata de una situación hipotética en la cual, quienes deliberan acerca de la distribución de recursos son agentes morales libres e iguales que desconocen su propia edad, situación familiar, estado de salud, nivel socioeconómico y concepción particular del bien. Estos agentes, deliberando bajo el velo de la ignorancia, diseñarán un sistema de salud que asegure la igualdad de oportunidades para cada etapa de la vida. La prudencia aconsejará que es más importante garantizar la posibilidad de alcanzar la expectativa de vida que prolongarla. Con esto no se está queriendo decir que la vida de una persona que ha sobrepasado la expectativa de vida sea menos valiosa que la vida de un joven. Lo que Daniels está diciendo es que, el prolongar la vida del primero implica necesariamente aumentar los aportes desde las cohortes más jóvenes y que ello nos obliga a elegir entre dos opciones: 'whether to live a longer life with few resources or enjoy a better chance of living a normal life span' (9). Sin duda, la prudencia nos haría optar por mejorar la calidad de vida en lugar de prolongarla a toda costa. Esto nos conduce al siguiente punto.

Encarnizamiento terapéutico. El ‘derecho a morir’ como posibilidad de renunciar al ‘derecho a vivir’

No es mi intención analizar en profundidad este tema pues nos llevaría a tener que lidiar con los conceptos de eutanasia, suspensión de tratamiento, medios ordinarios y extraordinarios (proporcionados o desproporcionados), etc. Ello nos desviaría del propósito de esta comunicación. Pero sí quiero destacar que la insistencia en prolongar la vida biológica a toda costa y a cualquier precio nos priva del derecho a morir cuando estimamos que vivir es una condena.

Quizás sea conveniente aclarar en qué sentido he dicho ‘derecho a morir’ ya que si se entiende como un derecho positivo implicaría el deber por parte de otro agente de efectivizar dicho derecho. Es decir, por ejemplo, las instituciones médicas tendrían que contar con profesionales dispuestos a practicar la eutanasia o el suicidio asistido. Es este, por cierto, un punto interesante pero, como he dicho, no lo desarrollaré aquí. Lo que en este contexto quiero significar con la expresión ‘derecho a morir’ es tener la posibilidad de poder renunciar al ‘derecho a vivir’. Entiendo este derecho como un derecho humano y no como una prerrogativa divina o de la naturaleza. Solo desde una perspectiva religiosa, respetable pero no universalizable, puede defenderse que la vida es un derecho divino. Solo incurriendo en una falacia naturalista puede decirse que la vida tiene valor por ser natural. Entendida como derecho del hombre, la vida no tiene un valor absoluto ni superior a la muerte. ‘Y si es así, optar por la muerte cuando no se le ve valor a la vida es, en definitiva, optar por una vida de calidad’ (10).

Podrá aducirse que esta es una postura de corte liberal que desemboca en un relativismo el cual, como todo relativismo, se autorrefuta. No obstante, esta posición también puede defenderse desde una óptica comunitaria que limite las decisiones ‘caprichosas’. Si consideramos la vida como biografía, tal como he venido sosteniendo, si aceptamos que ella se desenvuelve en el ‘mundo de la vida’, siempre con otros y con intereses (11), la autonomía no es libertad absoluta; por lo tanto, la decisión acerca del valor de la propia vida será a la vez individual y comunitaria. Calidad de vida. ¿Cómo operacionalizar lo que es a la vez subjetivo, multidimensional, complejo, dinámico y situacional?

En relación con el punto anterior se halla el presente. El sintagma ‘calidad de vida’ debe ser entendido como un constructo relacionado con el concepto de bienestar. Se trata de un concepto descriptivo pero también evaluativo y normativo. Posee como características el ser subjetivo, multidimensional, complejo, dinámico y situacional.

La subjetividad es su rasgo esencial; nadie mejor que uno mismo para saber cuál es la forma de vida que desea para vivir. Sin embargo, esto que asombra por su obviedad es fuente de innumerables conflictos suscitados muchas veces por buenas intenciones (paternalismo). La multidimensionalidad implica que la evaluación de la calidad de vida no involucra un solo aspecto, como pudiera ser el estado de las funciones vitales. Otras perspectivas como la espiritualidad, los afectos, la contención social, la función desempeñada en el grupo de pertenencia, etc., deben ser consideradas. Precisamente por ser multidimensional, la calidad de vida se caracteriza por su complejidad. El proceso de evaluación en un sentido puede resultar tan

positivo o negativo como la evaluación hecha en sentido opuesto.

Ahora bien, lo subjetivo, lo multidimensional y lo complejo no solo se potencian sino que se complican con el carácter dinámico del constructo. Una misma persona puede entender la calidad de vida de una manera durante su juventud y de otra muy distinta en la adultez o en la vejez. Esta relativización está en relación con diversas variables; sin duda, con los cambios cualicuantitativos fisiológicos que limitan nuestras pretensiones pero, por sobre todo, con el cambio en las preferencias y/o en los criterios de valoración, producto de la experiencia de vida **(12)**. Resalto positivamente este punto en tanto representa el fruto del aprendizaje, de la capitalización de sucesivas vivencias existenciales. Finalmente, es situacional porque los criterios que uno mismo utiliza para evaluar la calidad de vida varían con la cultura y con la época.

La influencia positivista-empirista que todo lo categoriza y cuantifica no ha estado ausente en esta cuestión. Así, se han diseñado diversas escalas que han intentado ‘medir’ la calidad de vida. Algunas se centran más en lo biológico, otras incluyen aspectos psicológicos y sociales operacionalizando estas variables cualitativas. Algunos de estos instrumentos son el SF-36, el Nottingham Health Prolife (NHP), el Functional Limitations Prolife (FLP) o el de la OMS (WHOQOL 1995). Estas escalas encontrarían su fundamentación filosófica en la ética utilitarista según la cual, cada vida posee *qualys* (atributos) de los que depende su valor. Por mi parte, considero que estos esfuerzos son infructuosos, precisamente por el carácter personal e idiosincrático del estado de bienestar. Resulta útil aquí distinguir entre tener un enfermedad (*disease*), ser considerado enfermo por los otros (*sickness*) y sentirse enfermo uno mismo (*illness*). Estas tres coordenadas no siempre coinciden y, obviamente, en el tema que nos ocupa el sentirse enfermo adquiere un protagonismo particular **(13)**. Derechos de los ancianos. El ‘viejismo’ y una mayoría que no acepta la ‘muerte social’.

Los años sesenta fueron, en especial para la sociedad norteamericana, una década reivindicatoria de los derechos de las minorías. Negros, hispanoparlantes, homosexuales y feministas demandaban por sus derechos que consideraban conculcados. A ellos se sumó rápidamente el grupo de los pacientes quienes se veían en una relación asimétrica frente al poder médico. En las últimas décadas del siglo XX asistimos al reclamo de los ancianos aunque, esta vez, no se trata de minorías. Al menos en los países centrales, los datos demográficos revelan que la estructura poblacional es una pirámide invertida. Estos reclamos son el resultado de la ‘muerte social’ que los viejos sufren en nuestra cultura occidental posmoderna. Al igual que ocurre en otras culturas, la estigmatización del individuo trae aparejada su exclusión del grupo lo que suele traducirse en enfermedad y muerte. Por lo años setenta surgió el neologismo y barbarismo ‘ageísmo’ (en español, ‘viejismo’) **(14)**. Con él se hace referencia a la discriminación sufrida por los ancianos sobre la base de su edad. Se trata de un término análogo a sexismo, racismo o etnocentrismo, expresiones que indican también actitudes discriminatorias pseudofundadas en el sexo, la raza o el grupo cultural.

Ahora bien, cabe preguntarse si, por ejemplo, el derecho a la atención sanitaria de los ancianos tiene como correlato una obligación perfecta y, por lo tanto, es exigible a nivel de justicia; o bien, si el facilitar tal atención se inscribe en el marco de las acciones supererogatorias. Planteado en otros términos: ¿por qué debemos atender los reclamos de los ancianos? ¿podemos

fundamentar nuestras obligaciones para con los viejos? Estas interrogantes nos conducen al siguiente problema.

Relación entre generaciones. El respeto hacia los ancianos como constructo social no desligado de su ‘utilidad’

Suele decirse que las mal llamadas culturas ‘primitivas’ o nuestra misma cultura en épocas arcaicas veneraba a los ancianos de un modo jamás visto en la sociedad actual. Esto es cierto, pero con reservas. La mayoría de las investigaciones históricas y antropológicas coinciden en que el valor atribuido a los viejos descansa en su utilidad como portadores de la memoria de la comunidad, sobre todo cuando se trata de culturas ágrafas. Sin embargo, cuando el anciano ya no puede cumplir este papel, se lo desplaza e incluso abandona como sucede entre los esquimales, los bosquimanos de África del Sur o los indios creeks y crows (15).

Algo semejante ocurría en la Grecia Antigua. Para Platón, el logos (palabra, razón) es propio de los adultos en plenitud; los jóvenes como los ancianos (y los bárbaros) lo poseen deficientemente. Por eso la polis ha de ser gobernada por hombres maduros pero no por ancianos. Aristóteles considera que la veneración de los viejos es propia de épocas pasadas y que a los ancianos hay que tratarlos solo con respeto; asimismo, señala que la obligación es mayor de padres a hijos en lo que hace al sustento material. En la misma línea se inscribirá el pensamiento de Tomás de Aquino e incluso de Cicerón quien, más que alabar a la vejez, enseña a sobrellevarla con paciencia, resignación y estoicismo (16).

Resulta interesante la forma en que los antiguos griegos dividían en fases la vida. La fase de ‘generación’ se extendía desde el nacimiento hasta los 28 años (nótese que 28 es igual a 7×4), la fase de ‘plenitud’ entre los 28 a los 49 años (7×7) y la fase de ‘corrupción’ se iniciaba a partir de los 49, edad en la que comenzaba la ancianidad. Para los griegos, la vida estaba dividida en escalones de siete años. Cada múltiplo de siete era una época crítica o climatérica (del verbo *clino*, inclinar, acostar) siendo las edades de 49 y 63 (7×6) las edades climatéricas por excelencia. Basta observar las artes plásticas de esta cultura para darse cuenta de la gran admiración que sentían por la juventud y del poco aprecio que tenían hacia los niños y los ancianos. Lo bello, lo bueno y lo saludable se identifican con la juventud. La infancia y la vejez son estadios imperfectos (17).

Haciendo a un lado estas consideraciones históricas y retomando las interrogantes planteadas en el ítem anterior, pasaré a comentar las cuatro pretensiones de fundamentación de la relación entre generaciones que analiza Fernando Lolas:

- Necesidad: podría decirse que, dado que los ancianos tienen necesidades, las jóvenes generaciones deben tener una actitud benéfica frente a ellas. Pero este argumento, al basarse en la beneficencia, no obliga en justicia. Además, como sostiene el autor, la vaguedad del término ‘necesidad’ presenta otra dificultad difícil de soslayar: ¿cómo distinguir entre necesidades y meros deseos?, y aunque pudiéramos establecer un criterio de demarcación, ¿qué necesidades son atendibles y cuáles no?

- Reciprocidad: podría aducirse la existencia de un contrato entre jóvenes y ancianos basado en la conocida regla antropológica de reciprocidad. Pero no queda claro el tipo de deuda a saldar, tanto en calidad como en cantidad, que los jóvenes supuestamente han contraído con sus mayores por haber sido cuidados por ellos previamente. Además, no se entiende cómo aquellos que no han tenido libertad para decidir nacer, puedan contraer obligaciones con quienes han decidido por ellos.
- Solidaridad: la propuesta es que los jóvenes deben ser solidarios con los ancianos. No hay aquí una relación bidireccional como en el caso anterior, sino que la dación es en un solo sentido. A su vez, la solidaridad podría ser horizontal (entre familiares y amigos) o vertical (del Estado hacia los ciudadanos). No obstante, esto implica aceptar como premisa una caracterización de la naturaleza humana en la que la solidaridad constituya un rasgo esencial. Quizás otro intento de justificación de la solidaridad sea el que apele al concepto de equidad en el marco de la teoría de la justicia de Rawls. Como vimos, esta teoría aboga por una distribución de bienes y servicios en la que se otorga más al más necesitado (vide supra).
- Gratitud: es esta una nota esencial en las relaciones humanas y tal vez pueda explicar la atención que los hijos brindan a sus padres; sin embargo, nuevamente, la gratitud no puede fundamentar obligaciones perfectas entre extraños.

Equidad nutricional: desde la nutrición como proceso biológico a la alimentación como fenómeno cultural. El ‘valor agregado’ del alimento

Por último, me interesa introducir este concepto dentro de la problemática bioética de la vejez. La alimentación y la nutrición tampoco son exclusivamente fenómenos biológicos. Una vez más la cultura se hace aquí presente. Cada vez que algo puede poner en peligro la supervivencia del grupo, allí está la cultura para intentar evitarlo. El alimento es un bien escaso y, por lo tanto, su consumo librado al azar es una amenaza que debe controlarse. Con este propósito, la distribución del alimentos y el acto de comer son investidos de significados y convertidos en un ‘hecho social total’. Es decir que, el bien que se intercambia (el alimento) no solo tiene un aspecto material sino también, y muy especialmente, un valor simbólico, sea afectivo o mágico-religioso. El valor simbólico que se suma al valor utilitario, confiere el carácter supraeconómico a los intercambios (alimentos, regalos, flores, etc.).

La desnutrición en los ancianos puede deberse a factores biomédicos como dificultad en la masticación, trastornos digestivos o alteraciones en la absorción de los nutrientes. Pero, en vista de las consideraciones precedentes, también habrá de considerarse la accesibilidad al alimento (recursos económicos, posibilidad de movilizarse, preparación del alimento) y, sobre todo, las circunstancias que acompañan al acto de comer. No son pocos los ancianos que descuidan la alimentación cuando no existe la posibilidad de compartir y la soledad se vuelve rutina. El concepto de equidad nutricional implica tener presentes, a la hora del análisis, tanto la dimensión biológica como la dimensión cultural del comer; significa contribuir a paliar las deficiencias tanto en uno como en otro sentido considerando las necesidades de cada caso en particular.

Conclusiones

Como advertí al comenzar, mi propósito ha sido reflexionar con la intención de formular y articular algunos problemas éticos que creo vinculables a la vejez. También señalé que no iba a ofrecer soluciones apodícticas. Es más, considero que ello no solo no es posible sino tampoco deseable. Recordemos que frente a un problema moral, cualquiera sea éste, no existe una única solución. Por el contrario lo habitual es que sean varias las soluciones defendibles y, precisamente, esto es lo que permite el pluralismo democrático.

No obstante, hay algo que sí estimo no debe estar jamás ausente en el análisis, cualquiera sea la perspectiva desde la que se reflexione. A ello apuntan mis conclusiones. Me refiero, por un lado, a la necesidad de considerar a la vejez y al envejecimiento en su dimensión biográfica y cultural, evitando así caer en reduccionismos biológicos. Por otro lado, enfatizo también el carácter dinámico del envejecimiento así como la necesidad de aprender a vivir esta nueva etapa de nuestra biografía. Es en este sentido que cabe recordar el neologismo ‘gerogogía’ (como opuesto al término ‘pedagogía’) acuñado por Fernando Lolas que hace referencia al aprendizaje para envejecer. La gerogogía:

‘es un proceso en el cual las personas debieran aprender que los tiempos tienen límite... Solo en los últimos decenios, a tenor de una infundada creencia que la ciencia y la medicina todo lo pueden, vienen algunos a pensar que la vejez es una especie de problema transitorio’ (18) .

Pero también:

‘Errado sería pensar que la gerogogía es una escuela de la resignación. ‘Ya no puedo esto, ya dejaré de hacer lo otro’. No. Mil veces no. Envejecer no es un venir a menos. Es cambiar de estado. Es mutar. Se precisa algo de creatividad más un poco de gerogogía para que esta transición no sea simplemente un lacrimógeno lamentar lo que se deja y sí un sobrio celebrar lo que se adquiere’ (19).

Bibliografía

- Beauchamp, Tl; Mc Cullough, LB. Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona, Labor, 1984.
- Beauvoir, S. de. La vejez. Barcelona, Edhasa, 1989.
- Callahan, D. Setting Limits. Medical goals in an aging society. New York, Simon and Schuster, 1987.
- Callahan, D. Rationing Health Care: Will It Be Necessary? Can It Be Done Without Age or Disability Discrimination?. Issues in Law & Medicine, vol. 5, n° 3, 1989.
- Camps, V. Una vida de calidad. Barcelona, Ares y Mares, 2001.
- Daniels, N. Am I My Parent´s Keeper?, vol. 2, Washington DC: US Government Printtin Office, 1983.
- Gracia, D. Ética de los Confines de la Vida. Bogotá, El Búho, 2002.
- Kappenbach, A.: Etica y posmodernidad, Universidad de Alcalá de Henares, 1990.

- Kohn Loncarica, A.; Outomuro, D.; Bortz, J.; Sánchez, N. Terapia génica: ¿tratamiento médico, eugenesia o higiene de la herencia?. Rev. Quirón, vol. 33, n° 1 (versión on line).
- Levi-Strauss, C. Antropología estructural: mito, sociedad, humanidades, México, Siglo XXI, 1980.
- Levi-Strauss, C. Las estructuras elementales del parentesco. México, Paidós, 1983.
- Lolas, F. Propositiones para una teoría de la medicina. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1992.
- Lolas, F. Bioética y Antropología Médica. Santiago de Chile, Mediterráneo, 2000.
- Lolas, F. Oficio de Anotar. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 2000.
- Lolas, F. Escritos sobre vejez, envejecimiento y muerte. Iquique, Universidad Arturo Prat, 2002.
- Lolas, F. Bioética y Medicina. Santiago de Chile, Biblioteca Americana, 2002.
- Lolas, F. Re-cuentos y Re-pasos. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 2002.
- Outomuro, D.: Hacia un feminismo posmoderno, Antichton, N° 2, 1995.
- Rawls, J. Teoría de la Justicia. México, Fondo de Cultura Económica, 1993.
- Ribera Casado, J.M. Aspectos éticos de la asistencia en geriatría. En Farreras Valentí, P. Rozman, C. Medicina Interna (Madrid, Harcourt, 2000).

Citas

1 Existen distintas teorías del envejecimiento, muchas de ellas complementarias entre sí. Se las suele clasificar en estocásticas y no estocásticas. Las primeras ponen el acento en las agresiones procedentes del medio ambiente que se suceden aleatoriamente, se acumulan y van produciendo daños progresivos que en un momento resultan incompatibles con la vida. Las segundas postulan una secuencia programada de envejecimiento escrita en el genoma personal.

2 Es interesante la distinción que Fernando Lolas hace entre acordarse y recordar. El acordarse tiene que ver con la función de la memoria y es una re-presentación. Por su parte, el recordar es una re-construcción creadora. Un anciano podrá olvidar algunos hechos pero ello no implica que su narración carezca de sentido. (Cfr. Lolas, F. Bioética y Antropología Médica. Santiago de Chile, ed. Mediterráneo, 2000, p. 116).

3 Beauchamp, TI; Mc Cullough, L. B. Etica Médica. Las responsabilidades morales de los médicos, Barcelona, Ed. Labor, 1984, pp. 93- 122.

4 Cfr. Lolas, F. Bioética y Antropología Médica. Santiago de Chile, Ed. Mediterráneo, 2000, pp. 120-121.

5 Cfr. Callahan, D. Setting Limits. Medical goals in an aging society. New York, Simon and Schuster, 1987, pp. 65-81.

6 ‘Tarde o temprano necesitaremos establecer estándares fijos. La combinación de una sociedad envejecida , de un constante progreso tecnológico y de necesidades y demandas ilimitadas requieren límites inflexibles’. Callahan, D. Rationing Health Care: Will It Be Necessary? Can It Be Done Without Age or Disability Discrimination?. Issues in Law & Medicine, vol. 5, N° 3, 1989, p. 361.

7 Por ‘cuidados de la salud’ se entiende mantener, restituir o compensar la pérdida de una función normal.

8 ‘Resulta racional y prudente que quitemos de una etapa de la vida para dar a otra en vistas al bienestar de la vida considerada en su totalidad. Pero es un problema moral el que la sociedad

quite a una persona para dar a otra en orden a maximizar, digamos, la mayor felicidad del grupo'. Cfr. Daniels, N. *Am I My Parent's Keeper?*, vol. 2, Washington DC: US Government Printtin Office, 1983, p. 275.

9 'O prolongar la vida con menos recursos o disfrutar de la posibilidad de vivir mejor dentro del promedio de vida normal'. Daniels, N. *Am I My Parent's Keeper?*, vol. 2, Washington DC: US Government Printtin Office, 1983, p. 285.

10 Camps, V. *Una vida de calidad*. Barcelona, Ares y Mares, 2001, p. 78.

11 De Inter esse que significa 'entre ser'. Cfr. Lolas, F.

Bioética y Medicina, Santiago de Chile, Biblioteca Americana, 2002, p. 137.

12 Cfr. Lolas, F. *Escritos sobre vejez, envejecimiento y muerte*. Iquique, Universidad Arturo Prat, 2002, pp. 42-45.

13 Es interesante hacer notar que en inglés existen al menos los siguientes términos para referirse a la enfermedad: disease, disorder, injury, illness, sickness y malady. Por disease se entiende alguna entidad nosológica, generalmente con sustrato biológico (la "insuficiencia cardiaca" es una disease). Por disorder se entiende un trastorno funcional o mental. Por injury se entienden situaciones tales como, por ejemplo, una fractura de cadera. El término illness hace referencia a la enfermedad como algo subjetivo. Sicknes suele hacer referencia a la percepción que los otros, la comunidad, tienen de la persona enferma. Finalmente el término malady engloba a todos los anteriores. Lamentablemente no existe un correlato terminológico en español y solemos traducir todas estas expresiones como "enfermedad". Cfr. Kohn Loncarica, A.; Outomuro, D.; Bortz, J.; Sánchez, N. *Terapia génica: ¿tratamiento médico, eugenesia o higiene de la herencia?* *Rev. Quirón*, vol. 33, N° 1 (versión on line). Tb. Cfr. Lolas, F. *Proposiciones para una teoría de la medicina*. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1992, pp. 110-118.

14 Ribera Casado, J.M. Aspectos éticos de la asistencia en geriatría. En Farreras Valentí, P; Rozman, C. *Medicina Interna* (Madrid, Harcourt, 2000), p. 1512.

15 Cfr. Beauvoir, S. de. *La vejez*. Barcelona, Edhasa, 1989, pp. 49-64.

16 Cfr. Gracia, D. *Ética de los Confines de la Vida*. Bogotá, El Búho, 2002, pp. 233-247.

17 Cfr. Gracia, D. *Ibíd.*

18 Lolas, F. *Re-cuentos y Re-pasos*. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 2002, p. 138.

19 Lolas, F. *Ibíd.* p. 139.