

BIOÉTICA Y PERSONAS MAYORES

Prof. D. José García Férrez
Universidad Pontificia Comillas. Cátedra de Bioética.
Teólogo moralista. Máster en Bioética y Máster en Gerontología.

I. Ancianidad: análisis demográfico y sociosanitario

Es evidente que existe una fuerte preocupación por el creciente número de ancianos en nuestras sociedades y por las enormes demandas que éstos van a provocar, sobre todo si padecen o son proclives a padecer procesos crónicos, invalidantes e incapacitantes. Nos encontramos ante un fenómeno histórico sin precedentes, un reto que nunca antes se nos había planteado. El envejecimiento poblacional es y será una realidad a la que habrá que prestar la suficiente atención, no sólo por el incremento progresivo de su proporción, sino por el aumento de las condiciones de dependencia que van a padecer muchas de estas personas y, por extensión, por la cualificación humana y técnica de las personas que tendrán que hacerse cargo de su cuidado.

En bioética, como en cualquier otra disciplina de investigación y valoración de la realidad, el punto de partida siempre deberá ser el análisis de la situación, el hecho dado, el dato que se da como problema. Por eso, vamos a partir de los datos que la realidad nos aporta. En este sentido podemos reflejar el enorme incremento de la población anciana en nuestro país, en Europa y en el resto del mundo. Según un informe de las Naciones Unidas de 1993, la evolución de la población con edad superior a los 65 años será, en porcentajes sobre el total mundial, la que se recoge en el siguiente cuadro:

	1950	1990	2010	2025
<i>Total mundial</i>	5,1	6,2	7,3	9,7
<i>Europa</i>	8,7	13,4	15,9	19,4
<i>España</i>	7,3	13,4	17,3	20,3

En el mundo había en el año 1950 un total de 200 millones de personas mayores de 60 años; en 1970 alcanzó la cifra de 307 y en el año 2000 ya son casi 580 millones. Es decir, el número de ancianos aumenta en un 90% mientras que la población mundial lo hace en un 70%. En Europa casi 80 millones de personas tienen más de 60 años y en España 4 millones. Ampliando la evolución de las personas mayores de 65 años en la población española podemos observar, en este otro cuadro, un avance igualmente significativo:

	1900	1950	1970	1981	1991	2001	2011	2021	2031
Total	18.618	27.977	34.041	37.683	38.872	40.802	41.184	40.667	39.788
> 65	968	2.023	3.291	4.237	5.352	6.176	6.176	6.666	7.787
%	5,2	7,2	9,7	11,2	13,8	15,1	15,2	16,4	19,6

Según previsiones de la ONU, la población mundial crecerá desorbitadamente en los próximos años (y con ella el número de ancianos), hasta el año 2200, fecha en que presumiblemente dejará de aumentar o se producirá un relativo estancamiento.

Teniendo presentes estos datos podemos decir que vivimos en sociedades cada vez más “encanecidas”, cada vez más “envejecientes”. España ha pasado de tener algo más de tres millones de mayores de más de 65 años a finales de los setenta a tener en estos momentos casi seis millones y medio. Si esta cifra se compara con los cuarenta millones de habitantes que nuestro país detenta actualmente, la tasa de envejecimiento actual es de un 16,5% aproximadamente. Es revelador que el índice de personas mayores de 65 años pasara del 5,2% a principios de siglo, al 9,7% en la década de los setenta, hasta llegar al 16,4% actual. Las previsiones que se barajan son que los porcentajes se situarán en casi un 20% en el año 2020 y en un 23,3% para el 2040. De seguir así esta proporción de personas mayores de 65 años, dará como resultado que en los próximos años los mayores de 65 años superarán en número a los niños y jóvenes juntos. Más aún, se calcula que la cifra de mayores duplicará en el 2050 a la población de niños y jóvenes (8,5 millones frente a 3,7 millones).

Estas cifras nos alertan de un envejecimiento demográfico rápido y progresivo. Si ahondamos un poco en las causas que han propiciado o favorecido esta transformación social, podemos señalar las siguientes:

- ∄ *Aumento de la esperanza de vida:* Gracias a los progresos de los últimos años (avances médicos, tecnológicos, económicos, mejor higiene, mejor alimentación) se vive más tiempo y con mejor calidad de vida. En la actualidad la esperanza de vida se fija en nuestro país en 78 años de promedio, en la que los varones viven unos 75 años y las mujeres casi 83. Además, el número de nonagenarios y aún de centenarios crece en progresión geométrica. Para la Unión Europea la esperanza de vida se calculó en 1995 en 73,7 años para los hombres y 80,1 años para las mujeres.

- ∄ *Disminución de las tasas de natalidad:* También es un hecho constatable que cada vez hay menos nacimientos en los países desarrollados (en España la tasa actual ronda el 1,07 hijos por mujer en edad fértil). Este preocupante decrecimiento del índice de natalidad puede ser debido a razones económicas, culturales, existenciales, etc. De cualquier modo, lo que está claro es que de continuar así cada vez habrá menos niños y jóvenes y más mayores.

Estos dos factores están provocando el fenómeno llamado de "abombillamiento" en la pirámide poblacional, de manera que en las capas inferiores la franja es muy estrecha y a medida que avanzamos en las edades nos encontramos con un mayor engrosamiento. Incluso podríamos decir que se está dando una feminización de la vejez, dado que las mujeres son más longevas, por lo general, que los hombres.

La reciente y apremiante explosión demográfica de la tercera edad nos ha situado en los albores de lo que podemos denominar la *era de la longevidad*. Si apenas hace unas décadas se hablaba de la explosión demográfica de la natalidad, más concretamente en los países en vías de desarrollo, en estos últimos años asistimos a una

explosión demográfica de la ancianidad, a un *senior boom* como ya ha sido bautizado por algunos autores en contraposición al *baby boom* de hace unas décadas. Las consecuencias derivadas de este envejecimiento poblacional son y serán de una gran trascendencia.

Esta inversión de la pirámide de edades plantea un sinnúmero de cuestiones, entre las que caben destacar: las sanitarias, las sociales, las económicas, las familiares, las políticas, etc. y, como substrato de todas ellas, las éticas. En todas ellas ha habido un claro avance, pero también somos conscientes de las insuficiencias y carencias a las que todavía debemos hacer frente. Por otro lado, no están del todo claras las ideas y actitudes que hoy día rigen acerca de la vejez, así como tampoco su categorización como tal. El envejecimiento es un hecho natural y universal, pero las actitudes de la sociedad ante el mismo no son iguales y varían de un lugar a otro y de una época a otra. Por eso la cuestión previa que hay que delimitar y precisar es ¿qué es un anciano? ¿qué significa pertenecer a este colectivo y bajo qué criterios se forma parte de él? No está claro o al menos no hay unanimidad de criterios para precisar qué sea o en qué consista es ser anciano, ni dónde fijar la edad en la que uno entra a pertenecer a este sector poblacional. Hay autores que catalogan la edad efectiva de una persona según varios baremos o indicadores culturales. Estos son:

- a) *Edad cronológica*: corresponde al número de años transcurridos desde el momento del nacimiento hasta la fecha que se mida en un momento dado. Corresponde a la cultura de una sociedad convenir y determinar cuándo una persona puede ser considerada “vieja”.
- b) *Edad biológica o funcional*: viene determinada por los cambios anatómicos y bioquímicos que ocurren en el organismo durante el envejecimiento. El envejecimiento se define en función del grado de deterioro (intelectual, sensorial, motor, etc.) de cada persona.
- c) *Edad psicológica*: representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y su capacidad de adaptación al medio.
- d) *Edad social*: establece el papel individual que debe desempeñarse en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve. Fundamentalmente viene determinada por la edad de jubilación, dado que superando esta edad el papel social del individuo se pierde o, cuando menos, deja de ser lo que era.

Pero, ¿qué es ser anciano? ¿a quién se le puede llamar así? ¿cómo han sido percibidos y apreciados los mayores a lo largo de la historia? Desde la antigüedad hasta prácticamente el momento presente han sido muchos los autores y culturas que han dado un valor cultural distinto al hecho de ser y sentirse anciano. Así por ejemplo, para Hipócrates se es anciano a partir de los 56 años, para Aristóteles a partir de los 50, cuando comienza la decadencia. Otros como S. Agustín fijan el límite en los 60 años, Isidoro de Sevilla en los 70. Siglos más tarde la *Enciclopedia* francesa sitúa el ingreso

en la vejez en los 50 años. Actualmente rige el criterio de la edad de jubilación laboral en los 65 años en nuestro país, aunque esta edad no es igual en otros muchos estados y es fuertemente discutida por muchos autores contemporáneos. Como vemos, no existe unanimidad de criterios para fijar la edad cronológica en la que uno es anciano, razón para pensar que este criterio no es sólo insuficiente sino, en muchos casos, erróneo e injusto.

En cuanto a la consideración hacia los ancianos observamos también una serie de cambios a lo largo de nuestra Historia que van desde el respeto y veneración hasta el rechazo personal y social. En algunas tribus africanas y sudamericanas la longevidad se veía como algo sobrenatural, como una bendición, como una cualidad propia de los dioses. En la cultura bíblica y en la antigüedad grecorromana los ancianos eran los representantes de la sabiduría popular y eran los que ostentaban los principales puestos de poder político, de ahí el protagonismo social del Sanedrín judío o del Senado romano. Aunque en ambas culturas existía la visión negativa de la vejez como la edad de la decrepitud corporal y espiritual. Estas actitudes antagónicas: admiración y burla, privilegio y rechazo, poder y temor, se encuentran a lo largo de toda la Edad Media hasta el periodo Moderno. Poco a poco la valoración positiva de la ancianidad fue quedando relegada hasta dar lugar a percepciones particularmente oscuras y negativas de la vejez. Ya en la Alta Edad Media ser anciano equivalía a ser objeto de todas las maldiciones y los vicios. Tomando, pues, una concepción diacrónica de la vejez, Diego Gracia afirma que la consideración y estimación social hacia los ancianos ha ido cambiando a lo largo de la historia, pero que esta estimación ha sido progresivamente decreciente. Así, si en las culturas primitivas la figura del anciano era de enorme importancia y consideración, en las culturas occidentales actuales la estimación social se dirige casi por completo hacia la juventud.

Esta pérdida de importancia y relevancia social que surge casi desde la antigüedad occidental, ha propiciado lo que en la actualidad se denomina técnicamente *ageísmo* o *etaísmo*. Entendemos por ageísmo el conjunto de valores o mejor, contravalores, y actitudes peyorativas que vienen a marginar y excluir en todos los órdenes de la vida social a la persona mayor. Este decrecimiento en la estima social de las personas de edad nos permite afirmar que los ancianos comienzan a ser un grupo vulnerable, débil y marginal que merece una especial protección. De ahí la necesidad de construir una ética gerontológica adecuada al momento presente.

En nuestra cultura occidental conviven los sentidos positivos y negativos hacia la ancianidad, pero son estos últimos los que están teniendo más peso en las últimas décadas. Si hace unos años los valores de la sabiduría, la experiencia, la ternura, la tranquilidad, la serenidad vital, etc., constituían los baluartes de la gente mayor y, por extensión, de los que convivían y recibían de ellos experiencia y testimonio vital, hoy día se valora mucho más todo aquello que resulta eficiente y competitivo, todo lo que sea rentable, útil, productivo o exitoso, todo aquello también que se mueva por la trilogía juventud-belleza-salud, rechazando todo lo que resulte viejo, enfermo o estéticamente desagradable, y más aún si supone una carga o un estorbo social. En este sentido, los ancianos comienzan a ser tenidos justamente como eso: como un freno al desarrollo humano y como una pesada y molesta carga que cada vez interpela más nuestro deber o no de llevarla sobre nuestras espaldas.

Quizá parte de esta imagen peyorativa y de estas actitudes gerontofóbicas radique en las acepciones culturales que tiene el concepto “viejo” en muchos de nuestros diccionarios contemporáneos. Haciendo un discreto recorrido por algunos de ellos encontramos entre sus significados expresiones como: añoso, decrepito, caduco, senil, maduro, antiguo, arcaico, añejo, desusado, rancio, vetusto, primitivo, deslucido, estropeado, acabado, pasado de moda, acartonado, avejentado, centenario, longevo, etc... Todas ellas características negativas que ayudan a forjar una imagen negativamente estereotipada. También, en el imaginario social, el término viejo sigue siendo sinónimo de pobreza, enfermedad, abandono, soledad, marginación, aburrimiento, melancolía, carga social y otros males. Como afirma el Dr. Ribera Casado, "la mayor parte de ellos son términos o expresiones que suelen ser utilizados como insultos o de forma despectiva en el lenguaje de todos los días".

En lugar de considerar la vejez como un término y una etapa de la vida, con sus rasgos, sus méritos y su belleza propia, la sociedad actual tiende más bien a ver a los ancianos como una rémora y, con excesiva frecuencia, los abandona y los rechaza. Los ancianos hoy día pueden ser tenidos como paradigma de especial discriminación tanto familiar como social, sobre todo, por las múltiples complicaciones que esta edad genera. Quizá todo este reprochable fenómeno cultural no sea más que fruto del aceleramiento existencial que en este comienzo de siglo muchos llevamos dentro y de la gran transmutación y crisis de valores que nuestra sociedad está viviendo, aunque no es cuestión ahora de ahondar en estos aspectos. Sin embargo, de lo que no cabe duda es de que esta exclusión se está dando y, sin ánimo de ignorar o despreciar todas las buenas iniciativas que también se están llevando a cabo en éste ámbito asistencial y familiar, seguro que esta exclusión se dará, si cabe, con mayor crudeza todavía en los próximos años.

II. La bioética y el cuidado de los mayores

Estamos asistiendo en nuestro mundo a una etapa de enorme interés por los problemas éticos derivados de los avances médicos, biológicos y técnicos. En palabras de Diego Gracia, se puede afirmar que las ciencias, entre ellas la medicina, han avanzado más en los últimos 50 años que en los 50 siglos precedentes con las llamadas tres revoluciones acaecidas en este siglo: la revolución terapéutica (descubrimiento de sulfamidas y antibióticos), la revolución biológica (descubrimiento y manipulación del código genético) y la revolución tecnológica (informática y modernas tecnologías médicas).

Por estos y otros hechos, la ética aplicada al ámbito de la vida y de la salud focaliza la atención de los diferentes medios de comunicación y de los más apasionados debates públicos. Temas como la ingeniería genética (terapia génica, manipulación genómica, células troncales, etc.), la experimentación y clonación en seres humanos, algunos tratamientos de prolongación de la vida, la eutanasia, el diagnóstico prenatal, el aborto y las prácticas eugenésicas, etc. representan, por su espectacularidad y relevancia pública, un caldo de cultivo ideal no sólo para conseguir apasionantes discusiones éticas, sino también para inquietar a todo aquel que se deja interpelar por el mundo en que vivimos y por el mundo en el que queremos vivir.

La ciencia y la tecnología médica nos colocan frente a nuevas situaciones para las cuales, muchas veces, no tenemos respuestas adecuadas o cuyas consecuencias ponen en tela de juicio algunas de nuestras certidumbres y seguridades morales. También puede ocurrir que el conflicto ético se plantee entre los que manejan u ostentan directamente el poder sobre las nuevas tecnologías, no tanto por las decisiones que ellos deben adoptar en muchos casos, que tienen una importancia suprema, sino por la cota de responsabilidad y de valoración que todos los afectados tenemos que mostrar, sobre todo en aras de proponer medidas de regulación y control que defiendan los derechos básicos de la humanidad, presente y futura.

Todos estos avances tecnológicos han llevado a que la sociedad comience a interrogarse sobre su trascendencia y sus repercusiones para el modelo de vida humana que estamos construyendo. En palabras de Hans Jonas, vivimos inmersos en un “imperativo tecnológico”, en un “tecnologismo”, donde todo se somete, incluso a costa de eclipsar algunos valores fundamentales, al “nuevo Dios” del progreso humano: la técnica. Este todopoderoso titán nos interpela continuamente sobre lo que puede/debe o no hacerse. Así surgen dos preguntas que sirven como bastiones de nuestra discusión: ¿todo lo que se puede hacer, debe sin más hacerse? ¿podemos hacer cualquier cosa sin cuestionarnos su legitimidad ética? Si es así podemos caer en lo que algunos autores llaman la “ley de la jungla”, donde prima la ley del más fuerte y el “sálvese quien pueda”. Si no es así, cabe otro interrogante aún más discutible: ¿dónde, cómo y con qué criterios hay que establecer los límites éticos?

La historia nos enseña que toda cultura, si no quiere quedar convertida en un arcaísmo insensato o en un conservadurismo inerte de todo lo que signifique progreso humano, se ve obligada a pactar con los avances del progreso científico-técnico. Eso sí, no a cualquier precio, sino previendo y previniendo sopesadamente sus posibles ventajas e inconvenientes, no sólo para advertirnos sobre la posible destrucción moral de la sociedad, sino lo que es más grave todavía, para no caer, con el enorme potencial armamentístico y tecnológico de que disponemos, en la extinción total de cualquier tipo de vida sobre el planeta.

La técnica se revela, por tanto, como un poder ambiguo, con grandes promesas a favor de la humanidad, pero también como portadora de serias amenazas para su bienestar y/o su existencia. Ante los avances científicos y tecnológicos caben, pues, sentimientos contradictorios: unos de admiración, otros de rechazo. Pero ni la confianza ilimitada en el progreso científico-técnico, ni la renuncia al mismo por el temor a que los científicos jueguen a “ser dioses”, son las posturas más óptimas para transitar por los caminos del desarrollo humano. Como decía Aristóteles, *in media virtus est*, (“en el medio está la virtud”) y es así, en esa espléndida medianía radica, en términos éticos, la actitud más coherente y responsable. Es, en este término medio, donde tiene cabida lo que podría calificarse como ética de la prudencia o ética de la cautela.

Frente al marco cultural actual, es necesario que la bioética se plantee las cuestiones que la ancianidad está ocasionando y va a provocar de cara a los próximos años. Sin lugar a dudas, la ancianidad plantea a la bioética cuestiones que tendrán que ser tratadas de manera casi obligada; de lo contrario la asistencia sociosanitaria y la vida de este gran colectivo poblacional pueden quedar sometidas a todo tipo de arbitrariedades.

Así pues, teniendo presente todo lo que han supuesto las revoluciones operadas en este siglo, lo que los avances biomédicos están suscitando y las recurrentes interpelaciones que una y otra vez saltan a la esfera de lo público, estamos en condiciones de introducir el concepto que engloba muchas de estas controversias y apunta hacia una toma de postura mínimamente compartida pero máximamente deseable: la bioética.

Este término se ha ido difundiendo ampliamente en los medios de comunicación y los que nos dedicamos a esta disciplina nos vemos obligados, afortunadamente cada vez con menor frecuencia, a dar explicación del significado de esta expresión cuando la tenemos que utilizar. Con todo, todavía puede advertirse un desconocimiento general hacia ella y una enorme confusión en su designación. Por eso vamos a partir de la descripción etimológica, histórica, fundamental y funcional de dicha noción: ¿qué entendemos por bioética y qué abarca dicha palabra?

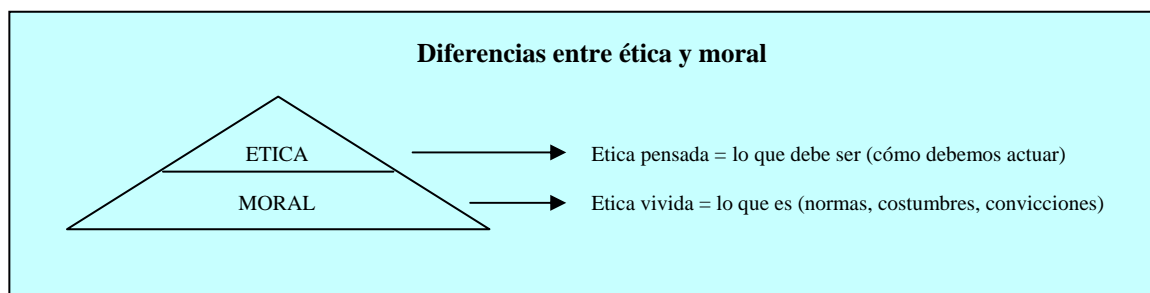
2.1. ¿Qué es la Bioética?

Antes de comenzar definiendo o clarificando el concepto sobre el que va a pivotar todo este punto y parte de las reflexiones y opiniones de este artículo, hemos de comenzar precisando qué entendemos por *ética*, y por añadidura, por su complementario, por *moral*. ¿Qué es y para qué sirven la ética y la moral? Para responder a este doble interrogante nada mejor que comenzar definiendo el valor y alcance de dichos términos.

Si tratamos de indagar el origen etimológico de cada uno de estos vocablos, nos daremos cuenta que su significado es muy parecido. Fueron los latinos los que tradujeron el término griego “ethos” por el término latino “mos-moris”, de donde vienen nuestros dos términos “ética” y “moral”. El “ethos” (=carácter o modo de ser) significa el modo de comportarse habitual de la persona en función de su temperamento, su modo de pensar o sus hábitos personales, mientras que la palabra latina inventada por Cicerón para traducir este término griego, “moralis”, se traduce habitualmente por costumbre y por carácter y designa las maneras y modos de comportarse que uno adopta en su vida particular y concreta.

La ética y la moral se refieren, pues, como hemos comentado, a las costumbres y al carácter de las personas. Pero, aunque muchas veces se empleen ambos términos indistintamente como sinónimos, hay que usarlos correctamente ya que no lo son. La moral se limita a decir cómo se comportan los hombres en determinadas circunstancias y describe cada uno de los actos utilizando las expresiones “justo/injusto”, “bueno/malo”. La ética, sin embargo, no se ocupa de lo concreto, de lo bueno o de lo malo, sino de la justicia, del bien y del mal. Si decimos: “muchos hijos, cuando tienen padres a su cargo, tienden a despreocuparse de ellos”, estamos formulando un juicio verificable, constatable. Hablamos en términos morales. Pero si decimos: “todos los hijos tienen la obligación de cuidar de sus padres cuando estos no puedan hacerlo por sí mismos”, nos referimos a algo abstracto (obligación, deber, responsabilidad, exigencia), a lo que debe o no debe hacerse y, por tanto, a algo ético.

Estas dos formas de empleo dan lugar a dos niveles en la realidad de la moral y de la ética. El primer nivel corresponde al comportamiento concreto o a la vivencia que los hombres tienen de los *valores morales* ante sí mismos y ante los demás. El segundo nivel se refiere a las formulaciones en *principios y normas* en que aparecen recogidos dichos valores. Se trata de dos niveles estrechamente relacionados entre sí, pero susceptibles de una consideración distinta. Al primer nivel se le puede llamar en palabras de José Luis L. Aranguren, *moral vivida (ética utens)*, lo que hacemos en el día a día y en cada uno de nuestros actos, mientras que al segundo se le puede denominar *moral pensada (ética docens)*, la reflexión que elaboramos sobre los actos que hemos hecho.



Así pues, estamos ya en condiciones de ofrecer una posible definición de ética y de moral. La ética es la disciplina filosófico-normativa y teórico-práctica que estudia los aspectos individuales y sociales de la persona, a tenor de la moralidad (buenos/malos) de los actos humanos (costumbres, normas, deberes, etc.) bajo el prisma de la razón (fuente primaria de toda ética), es decir, es aquella dimensión de la filosofía que reflexiona sobre la moralidad de las acciones y conductas humanas. La moral por su parte, sería el conjunto de valores y normas existentes en una sociedad que vinculan a todos sus miembros, que se expresa con ideales compartidos de obligaciones-prohibiciones y que se forma dinámica e históricamente.

Dicho esto, cabe decir, que no hay una moral ni una ética únicas, sino que hay muchas morales y muchas éticas. Esto es así porque ética y moral se refieren a las normas de actuación y convicciones prácticas de determinados colectivos humanos. De este modo las morales pueden llevar apellidos propios de la vida cotidiana (moral social, moral sexual, moral familiar, moral empresarial, moral religiosa), pero también la ética, en tanto que filosofía moral o reflexión sobre la moral (ética kantiana, aristotélica, utilitarista, pragmática, eudaimonista, formales, materiales, deontológicas, teleológicas, etc.).

Una vez esbozada esta primera aproximación a la ética, ahora nos toca enfrentarnos al interrogante que da título a este epígrafe: ¿qué es la bioética? Esta pregunta no tiene una respuesta fácil, pues en el debate actual son muy diferentes las interpretaciones acerca de esta nueva disciplina. Si nos atenemos a su origen etimológico podemos establecer que este vocablo proviene de las palabras griegas: *bios* (vida) y *ethos* (ética). Su propósito, por tanto, es hacer intercalarse estas dos realidades: ética y vida.

La vida y la ética son realidades de siempre, antiguas como el hombre mismo. La novedad está en el contenido que adquieren en nuestros días al unirse en una sola palabra. Hablar de ética en relación a la vida significa hablar del bien y del mal, de la

bondad o maldad de las acciones humanas y de los valores inherentes a ellas. Es entrar en el terreno de lo humano, de lo relativo a cada individuo, grupo o colectividad.

Bio	→	Representa los conocimientos biológicos y/o médicos
Etica	→	Representa los sistemas de principios y valores humanos

Históricamente la Bioética surge de la llamada ética médica tradicional, centrada en la relación médico-paciente, esto es, en las pautas de conducta que los médicos debían tener hacia sus pacientes (desde el Juramento de Hipócrates, s. V a.C. hasta el Código de Etica Médica de Thomas Percival de 1803), aunque su expresión es mucho más reciente, data de la década de los setenta del siglo XX y pertenece al ámbito norteamericano. Si bien habría que remontarse a los albores del comienzo de la medicina y al desarrollo histórico de la misma, el término "Bioética" fue acuñado por vez primera por el cancerólogo estadounidense y profesor de la Universidad de Wisconsin (Madison) Rensselaer Van Potter, en su artículo *Bioethics, the Science of Survival (bioética, la ciencia de la supervivencia, 1970)*, así como en su libro titulado *Bioethics: a bridge to the future (Bioética: un puente hacia el futuro, 1971)*. En esta obra aparece concebida la Bioética como una rama del saber que se sirve de las ciencias biológicas para mejorar la calidad de vida y que reflexiona en torno a los retos que plantea el desarrollo de la biología a nivel medioambiental y de población mundial, pero también como una ciencia que combina el conocimiento biológico con el conocimiento de los sistemas de valores humanos. Potter entendía la bioética como una disciplina que fuese puente entre dos esferas del saber históricamente separadas: las ciencias y las humanidades.

Pero en el origen de este neologismo encontramos otro personaje que también se apropia la paternidad de esta denominación. Fue el obstetra holandés, André Hellegers, quien seis meses después de la aparición del mencionado libro de Potter, utilizó este término para dar nombre al Centro Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics en la Universidad de Georgetown (Washington, D.C.). Además de incluir este término en la denominación de su instituto, la preocupación de Hellegers por los retos del desarrollo médico-tecnológico le impulsó a crear un grupo de discusión formado por médicos, filósofos y teólogos (católicos, protestantes y judíos) para tratar de deliberar sobre algunos problemas derivados de dicho progreso. El legado de Hellegers también radica en intentar formar un nexo de unión entre la medicina, la filosofía y la ética.

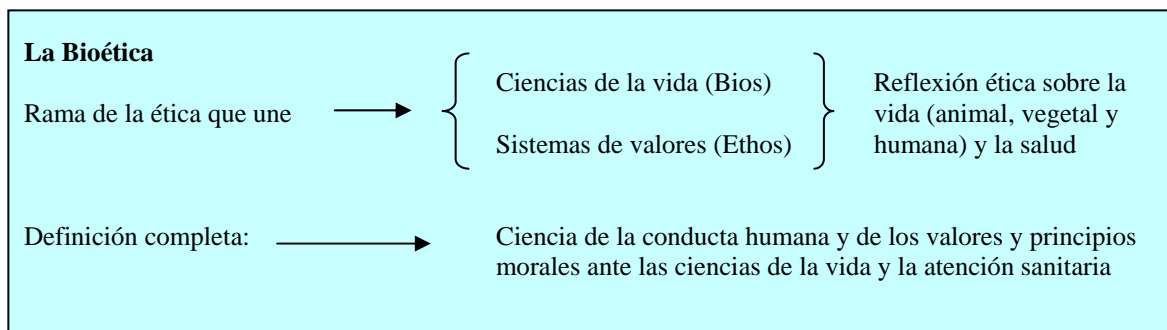
Esta doble paternidad y doble enfoque de la bioética (ética ecológica de Potter y ética médica de Helleger) la hemos asimilado hoy día. En este sentido, el Prof. Diego Gracia y otros muchos autores, hablan de problemas de Macrobioética (con un enfoque inspirado en Potter) y de problemas de Microbioética (con claro legado de Hellegers). La primera coincide con la ética ecológica o la ética de la naturaleza y se ocupa, por tanto, del conjunto de la vida amenazada, sea de las actuales o de las futuras generaciones, sea de los seres humanos o del conjunto de los seres vivos. La microbioética, por su parte, tiene a su cargo aquellos fenómenos de los que se ocupan las llamadas ciencias de la salud y las biotecnologías, fenómenos que se centran

especialmente en la vida humana. Esta segunda visión o ramificación conceptual, sería propiamente lo que hoy día se entiende por bioética, esto es, la parte de la ética aplicable a las cuestiones relacionadas directamente con el ámbito sanitario: relación clínica, investigación en seres humanos, directrices de política sanitaria y gestión de recursos escasos, niveles de calidad en la asistencia médica, etc. Así pues, hay quienes limitan la relación entre la vida y los valores éticos de ésta al área de la actividad médica, concibiendo así la bioética como una ética médica renovada o como una ética orientada a dar respuestas morales a los múltiples interrogantes de las ciencias biomédicas. Es por tanto el legado de Hellegers el que hoy día ha imperado en la bioética presente.

El término bioética, desde un punto de vista etimológico, se refiere a la reflexión y acción ética sobre la vida en sus diversas manifestaciones. Por eso, en principio, tiene por objeto no sólo la vida humana, sino también la vida animal y vegetal, así como el discurso ecológico en su conjunto. La Bioética, como disciplina global sobre la vida biológica, hace referencia y se enfrenta a problemas tan graves como los planteados por la ingeniería genética, las técnicas de reproducción médicamente asistidas, la eugenesia, el aborto, el suicidio, la eutanasia, el cuidado en las enfermedades incurables, la experimentación en seres humanos, los trasplantes de órganos, la relación personal sanitario-paciente, los derechos de los enfermos, los problemas de confidencialidad, o los derechos de las futuras generaciones.

A pesar de que la discusión sobre el estatuto de la bioética seguía sin clarificarse del todo, parece claro que la evolución de la bioética hacia una ubicación dentro de la ética aplicada es manifiesta a los pocos años de acuñarse el término, abandonando lo que en términos etimológicos era biología ética por el de una ética de la biología, esto es, una ética por y para la vida y la salud. Así, ya en la *Encyclopedia of Bioethics* de Warren Thomas Reich (1978), se considera la bioética como una ética de la conducta humana en las ciencias de la salud. La definición lapidaria de esta enciclopedia marca el sentido vigente de la bioética:

“Puede definirse como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de los valores y los principios morales”.



Las definiciones que se han dado sobre la bioética son muy diversas y reflejan, en cierta forma, la variedad de enfoques y concepciones. Algunos autores ponen más relieve en la necesidad de responder a los nuevos problemas planteados por las ciencias

biomédicas. Así, la Bioética sería la búsqueda ética aplicada a las cuestiones planteadas por el progreso biomédico. Otros dan prioridad a los aspectos sociales o comunitarios sosteniendo que la bioética es el estudio interdisciplinar del conjunto de condiciones que exige una gestión responsable de la vida humana (o de la persona humana) en el marco de los rápidos y complejos progresos del saber y de las tecnologías biomédicas. Pero la bioética, en palabras de Margarita Boladeras, constituye un concepto más extenso:

- a) Comprende los conflictos relacionados con principios morales que surgen en todas las profesiones de la salud, así como las aplicaciones de la ciencia que afectan el curso de la vida.
- b) Se aplica a las investigaciones biomédicas.
- c) Aborda una amplia gama de cuestiones sociales.
- d) Va más allá de la vida y la salud humanas, en cuanto comprende cuestiones relativas a la vida de los animales y plantas.

La bioética es formalmente una rama o subdisciplina de la ética general. Sus contenidos materiales son los elementos que se derivan del "cuidado de la **salud**" y de las "ciencias de la **vida**" (de todo tipo de vida). Además, la bioética actual utiliza, para el análisis de los temas, una metodología interdisciplinar, esto es, se apoya en los datos que le aportan otras ramas del saber como: la biología, la medicina, la antropología, la sociología, el derecho, la filosofía, la política, etc. La bioética nace así como una nueva disciplina que sirve de puente entre las ciencias y las humanidades, o si se prefiere, un puente entre la biomedicina, la filosofía y la ética.

La bioética es el estudio interdisciplinar de los problemas suscitados por el progreso biológico y médico, tanto al nivel individual como al nivel de sus repercusiones sobre la sociedad y sus sistemas de valores, hoy y de cara al futuro. La Bioética supone, por tanto, un intento de conseguir un enfoque secular, interdisciplinar, global y sistemático de todas las cuestiones éticas que conciernen a la vida y la salud del ser humano y en especial a la biología y la medicina.

2.2. Fundamentos bioéticos para la asistencia sociosanitaria a los mayores

La Bioética es una disciplina que continuamente debe responder a muchos de los retos que actualmente se presentan en nuestras sociedades, sobre todo por la aparición de nuevos problemas ligados al mundo de las ciencias biomédicas. Es desde ahí donde arranca su preocupación y misión: dar pautas o criterios de acción para afrontar situaciones o retos que generan conflictos éticos. La dificultad estriba en reflexionar desde y para la cultura en la que nos movemos y cómo buscar fundamentos éticos para responder ante ella. Así lo expresa el Prof. Javier Gafo:

“... 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”.

Hablar de fundamentos éticos para la ancianidad es tocar un punto bastante arduo y serio. No sólo representa un nuevo handicap para los sistemas sociosanitarios sino para la propia estabilidad sociosanitaria y familiar. En este sentido, creemos que se precisa un armazón ético lo suficientemente consolidado y consensuado, que permita abordar los problemas reales de estas personas desde un punto de vista lo más ético y humano posible.

Si partimos de la base de que actualmente contamos con un número bastante elevado de personas ancianas, y que precisan una serie de ayudas físicas y psíquicas que implican a toda una serie de personas (cuidadores principales, familia, voluntariado, cuidados domiciliarios, teleasistencia) y organismos (públicos y privados), podemos plantear la necesidad de elaborar unos mínimos contenidos éticos que regulen y orienten, de alguna manera, nuestro actuar para con este colectivo poblacional.

Pero no podemos hablar de fundamentos éticos sin antes preguntarnos, ¿por qué debemos actuar moralmente? ¿Qué nos obliga a comportarnos correctamente?. Son preguntas a las que todo hombre tiene que responder permanentemente. No es una cuestión secundaria ni mucho menos teórica, se trata de esas cuestiones que tienen más arraigo en la problemática antropológica del ser humano y que afectan a la responsabilidad existencial de toda persona. De la respuesta afirmativa o negativa a ambas se derivará el modo y tipo de sociedad que queremos construir, esto es, hacia dónde queremos ir.

En este sentido, hacia el ideal de felicidad, de convivencia, de solidaridad, de sentido existencial o de cualquier otra categoría moral que recoja o agrupe los principales anhelos y aspiraciones del ser humano, y de éstos aplicados al ámbito de la asistencia sociosanitaria de los mayores, podemos partir de unas pequeñas bases, pero a la vez sólidas, para la construcción de estos fundamentos bioéticos aplicables al mundo del mayor.

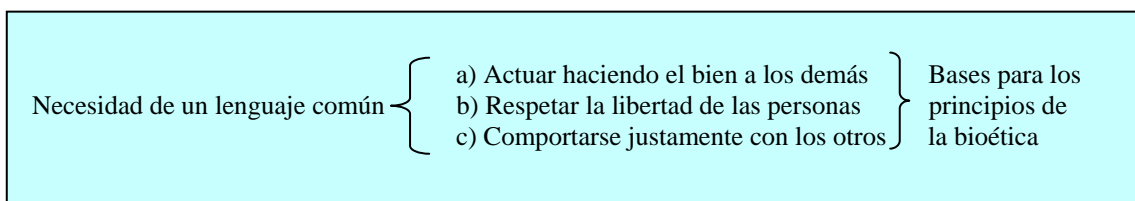
Desde la bioética se pueden aportar muchos frentes de actuación, pero todos ellos habrán de ir apoyados en los pilares del respeto a la dignidad de la persona humana y la promoción de su calidad de vida. Estos conceptos estándar pueden verse impregnados de múltiples tintes ideológicos, culturales o filosóficos, pero no cabe duda que la “dignidad”, el “valor de la persona” y la “calidad de la vida personal” pueden ser los elementos que aseguren el reconocimiento y el fomento de la vida humana en su totalidad. Vamos a intentar presentar algunas claves éticas fundamentales que promuevan comportamientos de respeto, benevolencia, justicia y solidaridad para todos, sentando especialmente así los que podrían ser los fundamentos éticos hacia las personas ancianas.

a) Principios básicos de la bioética y personas ancianas

Casi todas las teorías y sistemas éticos contienen principios éticos para la toma de decisiones y la deliberación moral. Estos principios intentan ser como las pautas de actuación o los criterios éticos orientativos para el buen comportamiento personal y el correcto ejercicio profesional. Tomando esta doble idea como punto de partida, vamos a

centrar nuestra atención en los principios éticos que pueden aplicarse a la práctica de las profesiones sociosanitarias y, en concreto, al ámbito asistencial de los ancianos.

Desde que la Bioética comenzó a caminar a comienzos de la década de los setenta y desde que el *Informe Belmont* (1978) hablara de ello, se han articulado una serie de principios éticos. Estos son: Principio de Beneficencia, Principio de No-Maleficencia, Principio de Autonomía y Principio de Justicia. Estos cuatro principios, reformulados y articulados como los pilares básicos de la bioética contemporánea por los autores Beauchamp y Childress, han posibilitado el paso de una ética unitaria, a una ética plural, racional, abierta al diálogo y válida para personas con diferentes credos y cosmovisiones. En un mundo como en el que vivimos, con 2000 culturas, 7000 idiomas y 5000 religiones diferentes se impone la necesidad de encontrar un lenguaje común, una ética de índole global y, por tanto, válida para la mayor parte de la humanidad. Este lenguaje común puede estar representado por los principios antes mencionados y por sus respectivas acepciones.



La pretensión de la bioética actual es constituirse como una ética de mínimos, aplicable a las complejas y difíciles situaciones médicas y, por extensión, sociales. Esta ética de mínimos significa la común aceptación de unas exigencias mínimas o unos deberes de justicia elementales sobre las que todos deberíamos estar de acuerdo. Precisamente el término de “ética de mínimos” o “ética mínima”, de lo que tanto ha escrito Adela Cortina, es un punto de referencia fundamental en el discurso bioético contemporáneo. Es esa ética mínima, también llamada “ética de la justicia” en contraposición a la ética de máximos o de “la felicidad”, la que está vigente en nuestra sociedad y la que está en la base de documentos que constituyen un cimiento ineludible en la actual vida social, como son la Declaración Universal de los Derechos Humanos, o las distintas Constituciones y Códigos deontológicos profesionales.

A pesar de que la Bioética se puede fundamentar desde diferentes planteamientos teórico-filosóficos o paradigmas, creemos que una adecuada fundamentación racional de la misma vendría dada por la concreción de unos principios, deberes y obligaciones generales en las que todos, de alguna manera, se vean reflejados e implicados. Desde este enfoque principialista vamos a exponer los principales pilares éticos sobre los que se sustenta y apoya la moderna bioética.

Estos principios constituyen los grandes pilares referenciales de la Bioética actual. De ellos no se discute tanto su contenido cuanto el cómo y de qué manera se aplican. En resumen vienen a decir:

Principio de Beneficencia	→	Hacer el bien al anciano (trato digno y respetuoso) y promover <i>su bien</i>
Principio de No-maleficencia	→	No hacer daño al anciano y evitarle todo mal posible (no abusar, abandonar o maltratar)
Principio de Autonomía	→	Respetar la libertad y capacidad de decisión del anciano como agente moral (tanto personal como subrogadamente)
Principio de Justicia	→	Igual consideración y respeto para todos, sin ningún tipo de discriminación o marginación, y garantizar el bien común

b) El respeto a la vida y a la dignidad de las personas ancianas

Muchos pueden ser y han sido los planteamientos éticos a lo largo de la historia, pero el núcleo de sus contenidos morales consiste, en casi todos ellos, en el *respeto a la vida y a la dignidad de las personas*. Pero defender la vida y la dignidad humanas como fundamento de la moral en el ámbito de la ancianidad, puede resultar insuficiente si no aclaramos por qué las personas ancianas son dignas y de qué lo son.

Aunque cada vez se conocen con más detalle las circunstancias y procesos en los que se desarrolla la vida, definir la vida humana o saber precisar cuándo empieza o cuándo acaba realmente, son cuestiones todavía sin resolver. Primero porque hay muchas opiniones discrepantes al respecto y segundo, porque no es posible establecer criterios fijos ante lo que puede catalogarse como un *continuum*, tanto en su origen como en su acabamiento existencial. Resulta, pues, difícil poder definir y concretar qué es la vida humana y en qué consiste, máxime porque no sólo compete a lo biológico sino también a lo biográfico.

Pero si definir la vida es problemático, tanto más lo es definir qué es el hombre y, más aún, qué o quién es persona, no sólo en los casos de vida pre o embrionaria, sino en los casos de enfermos comatosos o profundamente demenciados. Con todo, el concepto “persona humana”, que arrastra todo un andamiaje cultural y filosófico, es de central importancia para la bioética. Es más, según la noción y concepción que se haga de la persona humana (tanto a nivel descriptivo-ontológico, como normativo-moral), así será la reflexión y análisis que se haga sobre muchos temas bioéticos.

En este sentido, un punto sobre el que hoy día existe un acuerdo casi unánime, es la obligación moral de respetar a la persona. En la medida en que nos respetemos los unos a los otros podremos hablar de verdadero civismo humano. Pero surge una pregunta, ¿quién es persona? Atribuir a alguien la cualidad de ser persona equivale a reconocer en él todos los derechos que ésta ostenta. No reconocer a alguien como persona supone el derecho de no respetar la inviolabilidad y dignidad que ésta posee. De ahí que sea preciso definir claramente qué entendemos por persona y quién puede merecer esta dignidad, sobre todo cuando dicha dignidad humana se ve amenazada o cuestionada.

De todos los seres que habitan nuestro planeta, sólo el ser humano puede ser llamado "persona". El término persona es un concepto histórica y filosóficamente equívoco. Desde el punto de vista metafísico indica la dignidad que tiene el hombre al poseer una naturaleza espiritual y racional. Desde el punto de vista existencial indica el yo como sujeto capaz de autodeterminación y de realización en el mundo mediante su existir, su ser y su obrar con y para los demás. Desde la ética se comprende la persona humana como un ser dotado, en una sociedad libre y democrática, de las categorías de autonomía, inviolabilidad y dignidad.

Pero aunque no podamos dar una definición precisa de qué es la vida, quién es persona o qué es exactamente la dignidad radical de todo ser humano, sí que podemos aplicar estos conceptos al marco antropológico de las personas mayores de manera que podamos explicar y aplicar el genuino sentido de estos términos.

- a) *El anciano es un ser que tiene dignidad*: todo ser humano tiene un valor y una intrínseca dignidad por encima de cualquier circunstancia externa o personal. Esta dignidad nunca se pierde ni se deteriora. Es un valor inherente a todo ser humano por el hecho de ser persona. Es algo que no admite discusión, pues si así fuera podríamos atentar contra lo más sagrado del ser humano: su dignidad. La dignidad humana no puede quedar a merced de la opinión o consideración de los otros, es decir, es un valor en sí mismo que no puede ser cuestionado por nadie. Otra cosa será dirimir algunas situaciones en que la vida resulta más indigna que digna, pero aún esta delimitación deberá venir avalada por una asunción previa de respeto, benevolencia y de justicia hacia los demás.
- b) *El anciano es un valor absoluto (no relativo) y un fin en sí mismo (no un medio)*: Decir esto es lo mismo que decir que todo anciano merece un respeto absoluto e incondicional, que tiene valor y no precio, que no debe tratarse nunca como un mero medio sino siempre como un fin, y que es alguien y no algo que se pueda manipular o instrumentalizar a nuestro antojo.
- c) *El anciano es un ser personal*: como persona, el anciano es origen y centro de valores morales: libertad (puede decidir por sí mismo), responsabilidad (puede responder de forma solidaria a los demás), singularidad (cada uno es único, insustituible y necesario en esta vida), etc. pero también de un sin fin de categorías que lo definen como tal: racionalidad, actividad, unicidad, autonomía, libertad, sensibilidad, misterio, trascendencia, etc.

En la ancianidad poder vivir con dignidad y seguridad, significa que el anciano se vea libre de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales; que reciba un trato acorde a su dignidad que nunca variará, independientemente de la edad, género, patología, etc. u otras condiciones vitales; así como ser valorados por sí mismos.

£ **Respeto a la persona anciana**

Todo anciano es persona, porque constitutivamente lo es, pero además también lo es por tener dos rasgos definitorios de la misma: personeidad y personalidad. La personeidad es el principio antropológico definitorio del ser humano en cuanto tal, esto es, su esencia particular (ser hombre) y su naturaleza general (ser humano). Pero además de pertenecer a la especie *homo*, el anciano también tiene personalidad, pues desarrolla su capacidad de ser aun a pesar de sufrir incapacidades, falta de autonomía o pérdida de conciencia. El anciano podrá perder, en las últimas fases de su vida parte su personalidad, sobre todo cuando sufre procesos degenerativos a nivel cognitivo y funcional, pero nunca su personeidad.

Ser anciano, aún en grado último o terminal de la vida, no es sinónimo de dejar de ser persona. El anciano que se encuentra en la recta final de su vida simplemente se encamina hacia los momentos finales de su trayectoria biográfica por este mundo. Resultaría ridículo e incluso peligroso introducir en este debate expresiones como: “son seres no humanos”, “no son personas en el sentido genuino del término”, “no son dignos de vivir así”, etc. Los ancianos son seres humanos, son personas, y como tales son titulares de unos derechos connaturales a su ser.

III. Problemas éticos en la ancianidad

Los problemas éticos se pueden presentar en cualquier momento en que el anciano o sus familiares se topen con un conflicto que atente contra la dignidad o el respeto a alguien, incluidos ellos mismos (estos pueden ir desde obligar al anciano/a a permanecer aislado, a experimentar con él nuevos fármacos, abandonarlo o ser negligentes en su cuidado, a maltratarlo, a excluirles de algunos servicios asistenciales por razones utilitaristas, o a abusar de su estado de incapacidad mental).

Vamos a presentar, sabiendo de antemano que no vamos a tratarlos todos ni a profundizar en toda la amplitud que merecen cada uno de ellos, una panorámica general de los principales problemas y cuestiones que aquejan a las personas ancianas. Pongamos, pues, los siguientes ejemplos de problemas éticos más frecuentes en la ancianidad:

- Ingreso involuntario en una residencia geriátrica. ¿Es una necesidad imperiosa?
- Directrices anticipadas y testamentos vitales. ¿Se deben respetar siempre?
- Decisiones subrogadas. ¿Quién debe tomarlas? ¿Quién controla la moralidad de dichas decisiones?
- Designación del tutor legal y responsabilidad moral del mismo ¿Quién lo designa? ¿Es necesaria siempre la figura del tutor? ¿Se puede imponer?
- Incapacitación de hecho y de derecho. ¿Quién la otorga? ¿Basándose en qué criterios se incapacita a alguien?

- Intimidad y privacidad. ¿Es un derecho absoluto? ¿Qué límites o excepciones tiene?
- Abuso y maltrato. ¿Qué tipos de injusticias se cometen con estos enfermos?
- Principio de autonomía y consentimiento informado. ¿Hasta dónde son autónomos? ¿Cómo se lleva a cabo un consentimiento informado válido?
- Relaciones sexuales: abuso e instrumentalización del enfermo.
- Despido laboral. ¿puede ser la ancianidad un criterio de exclusión y de despido?.
- Problemas clínico-asistenciales:
 - Utilización de restricciones físicas.
 - Utilización de sondajes nasogástricos.
 - Cuidados del anciano incontinente.
 - Intensidad del tratamiento médico (encarnizamiento).
 - Sobreutilización de fármacos.
 - Cuidados en la fase terminal de la enfermedad.
- Deberes y obligaciones de la familia. Deber de alimentos sí, pero ¿y deber de dar cariño? ¿Hasta dónde tienen responsabilidad moral los hijos?
- Papel de la sociedad y del Estado. ¿Qué corresponsabilidad debe jugar el Estado?
- Vivir y morir con dignidad. ¿Cómo lograr una buena calidad de vida y una buena calidad de muerte en estas personas? ¿Es posible hablar de dignidad en la ancianidad?

Pero si lo que vamos a intentar sistematizar es una propuesta de problemas concretos e importantes que tienen lugar en el ámbito asistencial para con los ancianos y, ante los cuales, la bioética debe dar un análisis y una respuesta, podemos centrarnos en la siguiente lista de problemas de la que trataremos de desarrollar, lo más concisamente posible, aquellos que más relevancia o trascendencia puedan tener para nuestro tema:

1. Ageísmo o etaísmo cultural
 - a) La utilización de recursos sociosanitarios (exclusión)
 - b) Pérdida de la identidad social del anciano
 - c) La conciencia de ser un estorbo
2. La humanización en la asistencia social y sanitaria a estas personas
3. La exigencia ética de cuidar a los ancianos: ¿sobre quién debe recaer esta responsabilidad?
4. Integración y convivencia familiar
5. Pérdida de la propia autonomía y total dependencia
6. Información y comunicación
7. Consentimiento Informado
8. Maltrato a los ancianos
9. Retirada de tratamientos vitales y futilidad terapéutica
10. Experimentación y ensayos clínicos
11. Distribución de recursos sociosanitarios
12. Acompañamiento a ancianos: papel del voluntariado
13. Las experiencias del dolor, el sufrimiento y la muerte
14. Morir con dignidad y Eutanasia

3.1. Ageísmo social

La marginación de los ancianos es un hecho real y comprobado en nuestra sociedad: basta enunciar las actitudes etáistas e incluso gerontofóbicas que se están dando hoy día.

A veces se piensa que la raíz de esta exclusión social se debe a un hecho biológico: la edad. Pero no es así, sino que viene a ser la consecuencia de una organización social y económica basada en la capacidad personal de producción. Consiguientemente, cuando una persona deja de producir (caso del anciano jubilado), se ve condenada a una pérdida de prestigio social. Los individuos no activos pasan a formar parte de las clases pasivas del Estado, lo que supone automáticamente su marginación.

La marginación del anciano opera a todos los niveles: económico, educativo, cultural y sanitario. A todo esto hay que añadir el fenómeno de la “automarginación”, como consecuencia de la soledad y pérdida de identidad a la que se ve sometido el anciano dentro de un medio despersonalizado e insolidario.

Causas de esta
Marginación:

- ∉ Cambio en las relaciones familiares (dificultad en la convivencia y ruptura de la institución familiar)
- ∉ Pérdida del papel hegemónico que mantuvo el anciano en otros tiempos (estatuto ético y social del anciano)
- ∉ Mitificación de la sociedad de consumo (exaltación mítica de la juventud perpetua)
- ∉ Una visión hedonista de la vida (búsqueda de la satisfacción en todo y huida de cualquier tipo de sufrimiento o sacrificio)
- ∉ Una sistemática negación de los valores tradicionales

Pero donde mejor se percibe la discriminación hacia los mayores es en la utilización de los recursos sociosanitarios y en la conciencia de ser un estorbo.

a) *Utilización de recursos sociosanitarios*

El destino que la sociedad y las instituciones reservan a los ancianos, enfermos crónicos, etc... se traduce, dentro de las instituciones hospitalarias o geriátricas, en una serie de reacciones defensivas, tanto a nivel administrativo como a nivel asistencial. Esto parte de la concepción real pero injusta de que los ancianos suponen una triple carga social:

- *Carga económica*: la escasez de recursos, junto con los elevados costes de tratamiento de muchas patologías concomitantes en la ancianidad, plantea a la sociedad el problema del reparto de recursos.

- *Carga sanitaria*: el aumento de la esperanza de vida y la mayor eficacia de los tratamientos médicos hace que los enfermos crónicos demanden una mayor utilización de recursos sanitarios y asistenciales.
- *Carga familiar*: el largo proceso de degeneración cognitiva y funcional de muchas estas personas exige una alta dosis de calidad moral y de responsabilidad, cosas que normalmente recaen en una sola persona: el cuidador principal.

El desarrollo tecnológico ha permitido la supervivencia de personas afectadas por diversas enfermedades que en otras épocas habrían muerto como consecuencia de ciertos procesos patológicos propios de la vejez. Estas nuevas técnicas y procedimientos terapéuticos permiten una mayor supervivencia pero también favorecen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, algunas gravemente incapacitantes como el Alzheimer, la esclerosis, el Parkinson, las cardiopatías, etc. Pero este desarrollo tecnológico también tiene otros aspectos negativos: cada vez es más caro y cada vez se exige una mayor demanda de medidas asistenciales.

Frente a los grandes gastos que suponen estos nuevos procedimientos, se alzan voces en diversos ámbitos proponiendo límites a las prestaciones sanitarias. Estas limitaciones se dirigen fundamentalmente a la asistencia geriátrica. Los dilemas que se plantean en relación con lo expuesto son:

- ¿Las prestaciones sanitarias son ilimitadas y universales?, es decir, ¿hay que aplicar todo el arsenal diagnóstico y terapéutico de que disponemos y, además, a toda la población? Los recursos son limitados y sería injusto aplicar irracionalmente todo lo que disponemos para todos (peligro de hacer añicos el sistema sanitario público), así como alargar procesos crónicos con tratamientos médicos inútiles.
- Si hay que poner límites, ¿qué criterios hay que seguir a la hora de realizar las limitaciones? Es evidente que habrá que poner límites y restricciones para la contención del gasto, pero todos los criterios que se tengan en cuenta deberán venir avalados por dos conceptos claves: *Racionalidad* y *Justicia*.

b) *Conciencia de ser un estorbo*

La sensación de saberse y sentirse molesto supone una carga difícil de soportar, máxime cuando el anciano advierte que su condición impide también a los que le rodean que puedan gozar de su plena libertad y autonomía. Por eso, es frecuente que, entre los miedos más aterradores que tengamos todos de cara al futuro, se descubra escondida esta posibilidad: el temor de ser no sólo inútil, sino de convertirnos, además, en una molestia y en una carga que otros tendrán que aguantar. No es extraño, por tanto, que la soledad y el abandono sean los compañeros inevitables y frecuentes de esta época y constituyan uno de los temores que más asustan y molestan cuando se piensa en la ancianidad, junto con el miedo de la pérdida de capacidades mentales y la muerte.

No obstante hay que ser realistas, pues hay muchas situaciones en las que hasta la propia familia se muestra impotente para atender correctamente o como deberían a estos

pacientes. No es falta de cariño ni de buena voluntad, sino que hay circunstancias y condiciones personales o familiares que impiden o dificultan la atención que necesitan, aunque también existe a veces un deseo latente de evitar preocupaciones.

Por otro lado, los políticos se han dado cuenta del peso específico que cada día tienen los jubilados y pensionistas en las elecciones a la hora de votar y por eso no les olvidan en sus campañas; sin embargo, familiar y socialmente, va disminuyendo su importancia y su influencia cada día es menor.

Frente a esta concepción social e ideológica de que los ancianos son un estorbo, y desde una ética civil, plural y dialógica, reivindicamos que toda persona anciana es absolutamente valiosa y un fin en sí misma. Todas las personas, independientemente de la circunstancia vital que tengan, son únicas, insustituibles, tienen dignidad. Dentro de esta dignidad está el sentido existencial: al anciano le mata el desamor, le quita la vida el no sentirse valorado y escuchado como ser humano, que nadie cuente para nada con él. pro ello los ancianos precisan más que nada:

- Sentirse queridos y amados por sí mismos,
- Que se les conozca de una manera profunda (sus sentimientos, deseos, pensamientos,...);
- Que se les cuide con amor y humanitarismo (en lugar de apartarlo de la familia);
- Que se les respete como personas libres, que toman sus decisiones por sí mismos y no como si fueran niños grandes
- Que se les ayude a valorarse a sí mismos y a ser responsables de sus actos

Es más, ante un anciano todos deben descubrirse. Lo merece sólo por el hecho de serlo. Por eso debemos meditar cómo debemos tratarle, cómo envolverle en amor, cómo llenar de alegrías estos años, a pesar de los pesares.

3.2. Humanización de la praxis asistencial

Hablar de Humanización o de humanizar algunos ambientes deshumanizados supone partir de una idea, consciente o inconsciente, de cómo debería vivir el ser humano para realizarse como tal. En este sentido, la humanización de la asistencia sanitaria es un tema que, hoy por hoy, preocupa fundamentalmente a los enfermos, a las familias y al personal sanitario, pero que se está extendiendo la preocupación a sectores tan importantes como los Servicios Sociales y la gestión de la sanidad pública y privada.

En nuestro medio socio-sanitario observamos, por una parte, que tenemos un aceptable nivel de calidad técnica asistencial; pero por otra, constatamos que se va perdiendo o dejando a un lado en el quehacer diario la consideración del enfermo o del anciano como persona. Quizá esta deshumanización (lo no humano) no sea otra cosa que un fiel reflejo de la sociedad actual en la que vivimos, o del cambio cultural constante al que estamos asistiendo, o de la caída de las referencias absolutas religiosas, filosóficas o políticas.

Estos y otros factores afines, se están dejando sentir en las principales estancias de la vida humana, y por consiguiente, también en la relación asistencial con personas que experimentan la enfermedad o el dolor. En este sentido, podemos indicar algunos fenómenos:

1. Se va imponiendo un sentido hedonista, consumista y productivo de la vida, que va apartando cada vez más las realidades del dolor, de la enfermedad, de la ancianidad.
2. A veces se asume una función directiva en la organización sanitaria o en la gestión de algunos centros geriátricos, más como afán económico y político que por ofrecer un mejor servicio al anciano como persona y como enfermo.
3. Se olvida que la persona enferma o dependiente también tiene su biografía, su historia, sus valores, su familia, su ética, su fe, sus angustias, sus problemas, etc., y nos acercamos a ellos de manera técnica, fría e impersonal.
4. La tecnificación, el maquinismo, la protocolización, la burocracia, etc., niegan y despersonalizan cada vez más la realidad personal del enfermo, máxime si éste se encuentra con dependencia psíquica y física.

Ante este panorama no proponemos ni dogmatismos, ni doctrinas, ni moralinas, ni soluciones idealistas, sino concebir la realidad social y sanitaria desde otra perspectiva, desde la visión del hombre como hombre, como persona, como ser humano que experimenta la enfermedad y la dependencia y recibe de otro ser humano los cuidados de salud y de ayuda, mediante su valía profesional (médico, enfermeros, geriatras, terapeutas ocupacionales, directores de hospitales o residencias geriátricas, directores de centros de día, etc.) y su valía humana (su calor, su empatía, sus cualidades, sus sentimientos, etc.).

Con todo hay que decir que hay un gran desconocimiento del mundo del anciano enfermo. Esta es una de las causas fundamentales que impide un encuentro personal y la relación adecuada entre el paciente anciano y el personal socio-sanitario. ¿Acaso sólo el “hacer profesional” se reduce exclusivamente a cumplir funciones técnicas propias u ordenadas por otros, sin más interacción con el enfermo? Creemos que no. Es bueno y valioso tener una gran calidad y competencia profesional, pero también es necesario, en la misión sociosanitaria hacia el anciano lograr una relación interpersonal, que no sólo mejorará la autorrealización del cuidador y de la persona cuidada, sino que redundará en beneficio de todos.

Desde esta concepción de la asistencia sociosanitaria, cabe enfocar la función asistencial hacia el anciano como un servicio que ayuda a mejorar la calidad de vida del enfermo y su entorno (familia, medio social) y a ser capaz de vivir con plenitud los momentos limitativos de la existencia (minusvalías, discapacidades, deterioros cognitivos). Sobra decir que la condición de estar enfermo no rebaja la dignidad de la persona humana, sujeto de derechos inviolables e inalienables, sino que la refuerza pues, ante un sujeto debilitado psíquica y corporalmente, debemos funcionar humanizadamente desde la justicia social y sobre la base de la defensa de los derechos básicos del paciente geriátrico.

3.3. Convivencia e integración: el problema familiar

Los temas que se suscitan en este punto son varios. Primero, cuestionarse si la responsabilidad de atender a nuestros mayores debe recaer prioritariamente en las propias familias; segundo, cuál es el rol que debe desempeñar el entramado social y por derivación el Estado en la asistencia y cuidado a los ancianos; y, tercero, cuál el papel que desarrolla la mujer en toda esta problemática, puesto que suele ser a ella a quien le toca la mayor carga (tradicionalmente la mujer ha sido considerada como la cuidadora del anciano/a por excelencia).

Partimos de que en los últimos años ha habido cambios en la sociedad en general que también han afectado, de alguna manera, a la transformación de la estructura familiar, entre ellos el de la incorporación de la mujer al mundo laboral. Como consecuencia de este cambio, el cuidado del anciano ha pasado de ser una dedicación familiar a un problema social. Desde aquí podemos ya plantear la corresponsabilidad que en esta enfermedad deben de tener el Estado y las familias.

En la actual familia, reducida de tamaño, metida en espacios vitales mínimos, el abuelo tradicional empieza a no tener cabida. Estos cambios en la familia han hecho que al igual que se deja a los hijos casi recién nacidos en guarderías infantiles, se deje a los ancianos en residencias y centros de día para su cuidado y atención. Sin embargo, en la actualidad, del total de mayores que necesitan ayuda casi un 87% la reciben de su familia (es ínfima la proporción que viven en residencias, 4 %). En todo caso, el ideal es vivir con su familia, y sólo ingresar en una residencia por razones de necesidad, no por egoísmo o deseos de libertad de los familiares.

La familia debe en todo momento considerar al anciano como un ser querido, conservando siempre su dignidad personal, su respeto y sus inquietudes personales. El anciano no es un ser terminado, se encuentra abierto a la comunicación, al diálogo. Se necesita, por parte de todos los miembros de la familia, una gran sensibilidad para evitar que el anciano caiga en el aislamiento, en la soledad, incluso a veces, en el olvido. El anciano, como casi todas las personas, necesita ternura, comprensión, delicadeza,... en una palabra: sentirse amado y estimado sobre todo por su familia.

En la convivencia con un anciano dependiente hay que huir de dos extremos relacionales, que van a dificultar seriamente la calidad del trato moral. Estos son: el autoritarismo exigente (mandar sobre él en todo) y el paternalismo camuflado (dárselo todo hecho). Del mismo modo, hay que intentar propiciar una serie de actitudes y valores que van a redundar positivamente en todos:

- Tratar de satisfacer sus gustos y preferencias (ej: comidas, hobbies, etc.)
- Contar con ellos (que el anciano no sea como un mueble)
- No abusar de ellos (peligro de manipularlos o maltratarlos)
- Vivir con ellos, por ellos y junto a ellos (para que den significado y sentido a su existencia)

La magnitud del problema familiar es tal que, por ejemplo, los familiares de dementes, sobre todo aquellos responsables del cuidado diario de los enfermos, necesitan soporte psicosocial, sociosanitario y socioeconómico que alivie la carga que la enfermedad ocasiona. Por eso pensamos que mantener al anciano demenciado en casa supone buscar una serie de recursos de ayuda y asistencia, tanto formales como informales. Del mismo modo, y en este sentido, también es necesario crear fondos de soporte financiero para los sectores más afectados o de más alto riesgo; hay que abaratar el coste de las atenciones médicas, promover residencias y centros asistenciales adecuados, crear centros especializados dependientes de la seguridad social para asistencia psicogerátrica, formar personal sanitario que sirva de mediador entre la familia y el enfermo e idear estrategias sociosanitarias y biomédicas para afrontar las emergencias que, con relativa frecuencia, surgen en el manejo de las demencias.

Marcar la corresponsabilidad entre el Estado y las familias con un anciano a su cargo debe ser una exigencia social indiscutible, pero además es necesario que de esta corresponsabilidad se siga una integración y normalización de sus vidas. Decir esto equivale a afirmar que el anciano forma parte por derecho propio de la comunidad social y debe llevar una vida tan normal como sea posible. Habrá que integrarlo y convivir con él de la mejor manera posible (no verlo como una carga social y familiar).

El tema sobre el grado de exigencia moral que debe tener una familia y más en concreto, la figura de la mujer, requiere un análisis ético más profundo. En primer lugar cabe plantear si el derecho de uno a ser cuidado implica la obligación de otro/os a cuidarle. Los ancianos necesitan ayuda de otros para seguir existiendo, pero, ¿quién debe ser el responsable máximo de los deberes hacia la persona anciana? ¿Existe una responsabilidad social (Estado) o filial (hijos/as)? A este dilema respondemos que existen dos formas, que bien pueden ir unidas, de comprometerse y dejarse interpelar por el cuidado a los mayores:

- § *Solidaridad intergeneracional:* tenemos que ayudarnos los unos a los otros, pues no sólo es signo de humanidad sino que, de alguna manera, ayudando a estos nos ayudamos a nosotros mismos, pues apostamos por un futuro mejor. Hay que cuidar (en el presente) como nos gustaría que nos cuidaran a nosotros dentro de unos años (para el futuro).
- § *Gratuidad:* Hay que dar gratis lo que recibimos gratis. Si nos han cuidado de pequeños de manera gratuita, ¿quién se atreve a no hacer lo mismo por ellos?. Aquí el deber paternal y el filial están al mismo nivel, aunque siempre habrá situaciones o casos en que los hijos no deseen hacer por sus padres lo que estos no hicieron por ellos.

3.4. Pérdida de la autonomía y dependencia

Un anciano podrá tener sus funciones biológicas y cognitivas enlentecidas y/o mermadas: puede tener problemas de comprensión, de orientación, de elaboración de una respuesta coherente, etc... pero estos déficits no tienen por qué invalidarle totalmente para tomar decisiones autónomas. Pueden darse casos de personas con deterioro cognitivo severo o con incapacidad manifiesta, que claramente imposibilitan a la persona a ejercer su

derecho a ser autónomo, pero han de ser casos excepcionales que nunca se deberán convertir en norma.

Es lógico que en el proceso de envejecimiento el deterioro orgánico aumente de forma progresiva, sobre todo si a este proceso le acompaña alguna enfermedad neurodegenerativa. Cuando las limitaciones y deficiencias, aunque pequeñas, empiezan a multiplicarse en estas personas, disminuye su capacidad de autonomía, pasando a ser considerado como un "mayor dependiente". Por eso, como afirman algunos autores, la cuestión esencial es saber a partir de cuando la dependencia de las personas ancianas comienza a ser, además de un problema personal y familiar, un problema social.

Muchos ancianos van perdiendo capacidad y competencia, por eso surgirán múltiples conflictos éticos cuando no sepamos atribuir qué decisiones y actuaciones son realmente autónomas. Pero una cosa es la incapacidad clínica y otra muy distinta la incapacidad jurídica. La primera delimita que una persona no es autónoma para valerse por sí misma o para decidir, la segunda, es el reconocimiento formal y legal de dicha dependencia, y, en la mayor parte de las veces, la certificación de la incompetencia de una persona para decidir.

Autónomo es aquel individuo que tiene capacidad para autogobernarse a sí mismo y autodeterminar sus propias acciones y decisiones. Pero ocurre que esta autonomía nunca se presenta en estado puro, sino siempre en el umbral de los niveles, esto es, se podrá ser más o menos autónomo para actuar y más o menos dependiente para ejercer la capacidad de decisión.

El paciente anciano podrá ir perdiendo paulatinamente la capacidad de autogobierno y de relación. La pérdida de dichas capacidades, con la consiguiente situación de dependencia, influirá negativamente en su competencia para decidir y actuar autónomamente. Por eso creemos que la autonomía debe ejercerse antes de que aparezca alguna enfermedad incapacitante.

Cuando se pierda la capacidad de comprensión y comunicación, la capacidad de razonar o deliberar, e incluso cuando se pierda la conciencia, no será posible actuar autónomamente. Por eso es necesario establecer la importancia de dejar estipulado, mediante documentos previos (Testamentos vitales o voluntades anticipadas) y según la propia escala de valores vitales de cada uno, aquello que queremos que se haga con nosotros, la manera de que clínicamente se nos trate, cómo nos gustaría ser clínicamente tratados en el proceso de nuestra muerte, quién nos representará y sustituirá mejor, etc., cuando ya no podamos decidirlo por nosotros mismos.

En este sentido, la autonomía siempre deberá ser respetada salvo en los casos en que sus acciones sean claramente perjudiciales para el interesado o para los demás. No respetarla en el resto de los casos será, por lo general, señal de injusticia para con la persona afectada y de violación clara de sus derechos y libertades básicos. Toda persona anciana, mientras no se demuestre su incapacidad o su total dependencia, es una persona autónoma y como tal deberá ser tratada. Además, deberemos fomentarle al máximo su independencia, al menos, hasta donde sea posible.

3.5. Maltrato

Sobre el tema de los malos tratos a las personas mayores no es fácil encontrar informes o estudios sociológicos que apunten hasta qué grado y bajo qué circunstancias se han cometido acciones que puedan ser calificadas como maleficientes o dañinas para con estas personas. Quizá sean tres las causas de esta falta de datos:

- El maltrato a la persona anciana suele ser algo, por lo general, negado por la misma sociedad
- Es muy difícil que los propios ancianos denuncien malos tratos, máxime si quien se los proporciona es a su vez la persona que lo cuida y esta es parte de “su gente”
- Los ancianos no encuentran alternativas mejores a su silencio, por lo que evitan denunciar situaciones degradantes o humillantes para ellos.

La Asociación Médica Americana recogió en 1987 la siguiente afirmación de maltrato: “el resultado de daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de la persona anciana”. A esta definición habría que añadirle, en palabras de Javier Barbero, que el resultado o riesgo de daño debe tenerse independientemente de si exista intencionalidad o no, o sea por acción o por omisión.

Es el principio de maleficencia el que principalmente está implicado en el maltrato a las personas mayores (se les hace o infringe algún daño), pero también los principios de Autonomía (se les impide decidir o gestionar sus propias vidas) y Justicia (no son tratados con la consideración y el respeto que merecen, e incluso a veces, se les excluye de determinadas atenciones por no disponer de suficientes recursos patrimoniales).

El maltrato a los ancianos se puede manifestar de diversas maneras e incluye daños físicos, psíquicos, violación de derechos o negligencia en el cuidado. Vamos a exponer cada uno de estos tipos de maltrato:

- *Maltrato físico*: incluye lesiones físicas (golpes, palizas, zonas quemadas, etc.), desfiguración, abuso sexual y/o muerte.
- *Maltrato psicológico*: consiste en procurar de forma intencionada diversas condiciones que originen malestar mental o emocional, como agresiones verbales, intimidación, chantajes, humillación o conductas degradantes.
- *Violación de derechos*: comprende el confinamiento, la explotación financiera (tenerlos en casa por la pensión que cobran o quitársela) y la exclusión de la asistencia sanitaria.
- *Abandono o negligencia*: incluye la falta de vigilancia y solicitud en el cuidado (nutrición, hidratación e higiene, asistencia en la enfermedad) y la asistencia social inadecuada. Se han dado casos en que mueren de tristeza y soledad, de suciedad e infecciones.

Pero pensamos que aunque existen muchos tipos de maltrato y algunos de ellos están incluso hasta socializados, la mayor parte de estos maltratos no se detectan o no se denuncian. En ello influyen algunos condicionantes o factores de riesgo socioculturales que afectan directamente a la familia en donde se inserta el anciano enfermo. Estos son:

- Por parte del anciano: pobreza, dependencia, inutilidad, problemas familiares con los hijos o con su pareja anteriores al curso de la enfermedad,...
- Por parte de los cuidadores: obligación no deseada, impositivo moral y social, edad de los hijos, modo de vida de la familia, situación laboral y económica,

Con todo, la familia y la sociedad tienen el deber moral o mejor, la obligación legal, de no ser maleficentes con los ancianos, esto es, de no provocarles ninguna forma de maltrato. Sólo desde el respeto a la dignidad del anciano puede realizarse una asistencia sanitaria geriátrica plenamente ética. Cualquier minusvaloración de esta dignidad llevará al rechazo, al abuso y al desprecio del anciano como una “vida sin valor”.

3.6. Distribución de recursos sanitarios

El envejecimiento de la población está sobrecargando los servicios sociales, los servicios de salud, los programas de ayuda y las redes complementarias de asistencia. Este mismo envejecimiento trayendo consigo un incremento notable en la demanda de cuidados y, por consiguiente, del gasto sociosanitario, tanto por el mayor consumo de fármacos como de servicios asistenciales (tanto de la red pública como de la privada).

La salud pública es una tarea ardua y costosa que requiere una buena organización y un equilibrio en la distribución de recursos cada vez más escasos y limitados. El Estado tiene la obligación de garantizar a los ciudadanos el máximo de salud que su pueblo pueda alcanzar, por lo que debe planificar y organizar bien el uso de los recursos de que dispone.

Sin embargo, los recursos sanitarios disponibles actualmente pueden aumentar en razón de las demandas de asistencia sociosanitaria, pero nunca al ritmo de ellas, esto es, están aumentando pero no es ya posible cubrir, por su elevado número, todas las demandas asistenciales que empieza a requerir la población anciana.

Baste un ejemplo para verificar esta postura. Las partidas de presupuestos sociales en los países de la Unión Europea para los gastos en la vejez supusieron un 36,6% del presupuesto total en el año 1992 (igual que todos los gastos en Sanidad). Veamos en la siguiente tabla qué suponen estas cifras en todo el reparto distributivo de prestaciones de protección social en los países de la Unión Europea.

PRESTACIONES	% PRESUPUESTARIO
Sanidad	36,6
Vejez	36,6
Supervivencia	8,2
Familia	7,8
Empleo	7,2
Otros	3,6

Como afirma Lourdes Pérez, existen muchos factores que están provocando un gasto sanitario excesivo y que tienen que ver más con una deficiente disposición de recursos que con el efecto del proceso de envejecimiento. Estos factores son bien conocidos: carencia de estructuras adecuadas para el cuidado sociosanitario de los ancianos (centros de día, unidades geriátricas, residencias asistidas), inexistencia de servicios asistenciales alternativos de menor coste, preferencia en la cobertura pública por financiar el hospital y la medicina ambulatoria frente a otros servicios, falta de coordinación entre los distintos sectores de atención (ruptura entre la dimensión sanitaria y la social), etc.

Aterrizando más en un campo que nos puede servir para ejemplificar esta repercusión económica en servicios asistenciales a enfermos de Alzheimer, por ejemplo, podemos decir que de las casi 500.000 personas con esta demencia senil que tenemos en nuestro país, los servicios sociales con financiación pública dirigidos a personas con Alzheimer y otras demencias dan cobertura a 50.800 pacientes, de los que 30.000 son atendidos a través de ayuda domiciliaria, 2.800 acuden a los centros de día y 18.000 están asistidos en residencias geriátricas. Se prevé que entre los años 2000-2005 se incremente en 34.800 el número de pacientes con esta enfermedad y que la cifra total de pacientes con Alzheimer que reciban asistencia social con fondos públicos ascienda a 85.600.

Los costes sanitarios (cuidados médicos y de enfermería, fármacos, productos médicos) y los costes sociales (residencias, viviendas tuteladas, pensiones, servicios sociales) son muy elevados para atender durante un largo periodo de tiempo las necesidades de los ancianos enfermos. Y no hablemos de los costes personales, que no se contabilizan. El cuidado a un enfermo geriátrico es, ante todo, un problema sociosanitario global.

Es verdad, y así lo afirma el Profesor Javier Gafo, que los costes de la atención sanitaria se han disparado en paralelo con el progreso de la medicina y están poniendo en peligro la viabilidad de la seguridad social médica. Se suele decir que “la salud no tiene precio”, pero hoy día conlleva unos costes indiscutibles, lo que obliga a utilizar unos criterios justos y equitativos para el reparto de los recursos sanitarios.

La contención de los gastos sanitarios representa un problema social y político de gran trascendencia. Algunos autores proponen los siguientes criterios para tratar de llevar a cabo una distribución equitativa de los recursos:

- Coste/beneficio y coste/eficiencia
- Preferencias del paciente (directrices anticipadas)

- Futilidad de los tratamientos
- Calidad de vida

Por otro lado, existen posturas que propugnan la exclusión de los ancianos de determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos, fundamentados exclusivamente en la edad cronológica y en el tipo de enfermedad. Estas posturas deben ser rechazadas porque el criterio de exclusión (la edad cronológica y la enfermedad) no puede ser por sí mismo determinante de ninguna decisión de ese tipo. Es de sobra conocido que personas ancianas, incluso muy ancianas, mantienen una calidad de vida plenamente satisfactoria. Privarles de una intervención quirúrgica, de un tratamiento médico o de cualquier otro procedimiento supondría una grave injusticia. Además, estos criterios: coste/beneficio, futilidad de tratamientos o calidad de vida pueden ser fácilmente utilizados para con estos pacientes, pero no sin sentar un mal precedente o en correr el riesgo de caer en una pendiente resbaladiza.

En general, tanto las autoridades como los mismos profesionales sanitarios son conscientes de que las prestaciones sanitarias no pueden ser ilimitadas. Los análisis económicos son concluyentes: un crecimiento ilimitado de los gastos terminaría con cualquier sistema sanitario público. Por eso, lograr el óptimo de salud para los ancianos enfermos es una tarea compleja, dado que las demandas son muchas y los recursos son pocos (o mal distribuidos) y limitados. Por eso pensamos que deben existir otros criterios que optimicen racionalmente la utilización eficiente de los recursos disponibles. Estos pueden ser:

- Invertir más en recursos preventivos y terapéuticos
- Asignar partidas presupuestarias públicas a investigación
- Buscar alternativas económicas válidas (ej.: hacer uso del patrimonio de estas personas)
- Integrar la gestión pública con la privada en algunos casos
- Garantizar un control responsable de la administración de los recursos públicos
- Organizar un Plan Nacional Gerontológico adecuado a la demanda real de estas personas
- Etc.

3.7. Morir con dignidad

Si hemos recalcado el trato digno y respetuoso que merece todo paciente, por ser una persona humana, la dignidad en los últimos instantes de su vida debe verse igualmente protegida y honrada. Los momentos cúlmen de la vida de todo ser humano son el nacimiento y la muerte. Del primero apenas tenemos conciencia, mientras que en el segundo cabe una vivencia más profunda y consciente. Quizá el principal derecho ético que mejor cabría recalcar sería el de la atención integral al anciano, sobre todo, en lo que respecta a la dignidad de su vivir y también de su morir.

Morir con dignidad es importante, pues han de evitarse situaciones que pudieran parecer, a priori, indignas de cualquier ser humano. Pero ¿qué es morir de una forma digna? Como afirma un folleto de la Asociación Española Derecho a Morir Dignamente,

“morir dignamente significa morir racionalmente y en pleno uso de la libertad personal, dueño de las circunstancias que rodean al acontecimiento y con el respeto de los demás hacia la propia voluntad”.

Acompañando a esta dignificación del acto de morir, cabe introducir en este el componente amoroso que tiene todo ser humano. Los sentimientos y afectos demostrados en estos últimos instantes hacen que la despedida y la vivencia de la misma cobren un cariz más armonioso y pacífico por parte de quien acompaña al paciente y por parte de aquel que se deja acompañar. La vivencia primera de la muerte la podemos percibir por la experiencia que otros nos manifiestan, mientras que la vivencia del propio paciente sólo podemos intuirlo de la manera más profunda.

Por otro lado, la muerte digna no es un asunto que se pueda reducir a desconectar aparatos o a suministrar sustancias letales, sino que hace referencia a un conjunto de relaciones humanas y familiares, a una prolongación racional de la vida del paciente tratando de humanizar la enfermedad y la muerte, a no empeñarse en prolongar la vida biológica y a respetar los valores existenciales del enfermo. Morir con dignidad significa, entre otras cosas, favorecer la dimensión propiamente humana del proceso de morir.

El derecho a morir con dignidad también encierra el derecho a ser “cuidado”. Cuando el “curar” no es posible, permanece operante la obligación ética de cuidar. Muchos ancianos podrán padecer enfermedades incurables, pero siempre se les podrá cuidar. Una ética del cuidado aplicada al mundo asistencial geriátrico supone tener en consideración todo lo que significa una asistencia humana y médica integral.

El derecho a una muerte digna equivale, por tanto, al derecho a dejar al anciano ser el protagonista de la propia muerte y a que ésta muerte acontezca en un ambiente humanizado. Adquiere importancia la existencia y utilización de los llamados Testamentos Vitales (directrices previas que el enfermo firma con plena lucidez y conscientemente sobre cómo desea ser cuidado en los últimos momentos de su enfermedad) y todo el tema del acompañamiento psicológico para vivir el morir.

De todos modos existe una gran diversidad de opiniones sobre cómo o qué entender por morir con dignidad. Para unos corresponde a la posibilidad de elegir el momento de la muerte (Eutanasia), decir no a una muerte artificializada (encarnizamiento terapéutico) o simplemente morir humanamente, sintiéndose persona. En cualquier de estos sentidos están aumentando las peticiones a favor de una muerte digna, pero ¿Qué encierra realmente esta expresión? Parece que hay un consenso público que bien puede apoyarse en estos puntos.

- Morir rodeado de cariño y apoyo de los seres queridos
- Con la asistencia médica adecuada: del curar al cuidar
- Eliminando en lo posible el sufrimiento y el dolor
- De muerte natural, a su tiempo, no provocada (eutanasia), ni irracionalmente prolongada (distanasia)
- Sin manipulaciones médicas innecesarias
- Aceptando la muerte como parte de la condición humana

IV. Conclusiones

Para concluir y para hacer extensibles todas las reflexiones éticas plasmadas anteriormente, proponemos una serie de modelos éticos a seguir y a practicar: ética del cuidado, ética del respeto, ética de la solidaridad y ética de la esperanza para con la persona mayor, esto es, unos modelos de actuación para que la actividad asistencial hacia los mayores sea de calidad profesional y de calidez moral. Estos son:

4.1. Ética del cuidado

Es plausible proponer una ética del cuidado para con las personas ancianas enfermas, pues tanto en la profesión médica como social, el cuidado ocupa un lugar esencial. Por otro lado, ante el tema de la ancianidad, en nuestra sociedad actual, no cabe otra expectativa que la sensibilización social y personal. De hecho, preocuparse por los problemas de nuestros mayores significa sentar las bases para mejorar su presente y nuestro futuro.

Pero esto no es un reto para el futuro, sino una tarea para el hoy. Este reto radica en: movilizar recursos adicionales para las necesidades no cubiertas, conocer mejor las nuevas necesidades y la forma de atenderlas y desarrollar mecanismos de respuestas adecuados a la magnitud social de los distintos problemas (a grandes males grandes remedios). Es necesario, además, hacer de la necesidad del cuidar un auténtico arte, que nos lleve a realizarnos más desde nuestra profesión y a aportar mayor calidad de vida a quien asistimos.

4.2. Ética del respeto

Hemos de hacer que la “tercera edad” deje de ser, como afirma José Luis Pinillos, una “edad de tercera”. Por eso hemos de hacer que la vida merezca la pena vivirla, sobre todo la vida de aquellas personas que desde fuera es tan fácil negarles cualquier sentido o que no se las considere desde lo que son: personas como nosotros.

En una sociedad del bienestar e imbuida por valores antagónicos al mundo de los mayores, hacer que nuestros ancianos puedan vivir felizmente es, sin lugar a dudas, el mejor indicador de que la sociedad se va humanizando realmente. Por eso, pensamos que tener respeto ético hacia estas personas, son signos no sólo de humanidad sino de calidad humana.

4.3. Ética de la solidaridad

Cicerón afirmaba que el hombre tiene un deber natural de velar por los otros: “la naturaleza prescribe que el hombre mire por el hombre, cualquiera que sea su condición, por ser precisamente hombre”. Además, todos podemos tener, más o menos claro, que es preferible vivir solidariamente a no hacerlo, que es preferible vivir en una sociedad donde todos se preocupen de todos que no en otra que se rija por el “sálvese quien pueda”.

La ética solidaria sirve para hacer un mundo más justo y más humano, para defender los derechos de los seres humanos, para buscar el bien en todo. Pero la ética se puede hacer de dos maneras: *desde la mente*, desde las reflexiones teóricas que nos indican lo que debemos hacer, o *desde el corazón*, desde el sentimiento, desde lo que nos toca por dentro (desde la práctica directa): es ahí donde debemos hacer hincapié, en trabajar nuestra “humanidad”, desde el corazón, desde el amor, desde la ternura...

Tener respeto, cariño y solidaridad hacia los mayores, son signos no sólo de humanidad, sino de calidad humana. Apostemos por estos valores: solidaridad, respeto y cariño, sobre todo porque muchas veces es lo único que les puede quedar y porque son los valores que realmente humanizan y dignifican el misterio inabarcable de toda persona anciana...