

BIOETICA Y VEJEZ : EL PROCESO DE DESVALIMIENTO COMO CONSTRUCTO BIOGRÁFICO.

Fernando Lolas Stepke¹

La edad como desafío

Hay tres hechos relevantes a un planteamiento ético en relación a la vejez y el envejecimiento.

El primero es de naturaleza demográfica. En todos los países del mundo, la proporción de adultos mayores y especialmente de viejos, ha aumentado en los últimos decenios. Se espera que las mejores condiciones de vida permitan a la población de muchas naciones alcanzar su límite teórico de sobrevivencia. Se espera, asimismo, que haya una convivencia intergeneracional de un tipo hasta ahora inédito: muy jóvenes convivirán con muy ancianos.

Conexo con lo anterior, la longevidad se acompañará de una demanda de servicios en las edades finales de la vida de proporciones sin precedentes. La comprensión de morbilidad esperable hará necesarias decisiones sobre provisión de ayuda y sobre las formas que deberá asumir la organización social para proveer a las necesidades.

¹ Profesor Titular, Facultad de Medicina. Vicerrector Académico y Estudiantil
Universidad de Chile

Finalmente, en un clima de progresiva conciencia de los derechos de grupos de opinión y de presión, se ha llegado a un “mosaicismo social”: cada minoría aboga por sus derechos, delimitándose de otras y logrando su nicho en el cuerpo social, a veces combativamente. Ha ocurrido así con grupos naturales y artificiales. En la sociedad estadounidense, por ejemplo, los negros, las mujeres, los homosexuales, los pacientes, por sólo nombrar algunos grupos, se han organizado para afianzar su independencia y luchar por sus derechos (1). La paradójica ambigüedad en que se encuentra la ancianidad es que su carácter más acusado es la dependencia y el desvalimiento, lo que lleva a plantear el tema de la defensa de sus derechos o del reconocimiento de ellos.

Dilemas éticos: Deber y virtud.

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

Ambos planteamientos encuentran un lugar en la discusión sobre la vejez y el envejecimiento. De hecho, en todos los países del mundo se plantea la pregunta por los deberes y derechos de las personas en relación con su edad. En todos, se plantea la pregunta por aquello que constituye una vida plena y humanamente vivida. A diferencia de la toma de decisiones éticas bajo condiciones de emergencia - sin duda relevante en muchas circunstancias que afectan a la ancianidad - cobra especial relieve el planteamiento **relacional**. De lo que se trata es de formular un estatuto relacional que facilite la convivencia y sea al tiempo apropiado y justo, tanto para los ancianos como para quienes no lo son. Ello implica una identificación de los temas pertinentes a la convivencia intergeneracional y de los principios más relevantes para su concreción exitosa².

Consecuencias del envejecimiento: dependencia e incompetencia.

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

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

² Una perspectiva complementaria se encuentra en Lolas, F. "Futuro de la vejez y vejez del futuro", en Lolas, F. (ed.) Vejez y envejecimiento en América Latina y el Caribe: Aspectos demográficos y bioéticos. Universidad de Chile, Santiago, en prensa.

de que pueden anticiparse sus efectos y por ende tienen los individuos la capacidad de adaptarse.

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

Se puede tener menoscabos y discapacidades sin ser minusválido. La **minusvalía** implica un reordenamiento total de la vida en función de las discapacidades o incapacidades que se sufren. Si uno puede admitir una discapacidad parcial, es distinta la discapacidad global e irreversible. Esta globalidad e irreversibilidad marcan el definitivo cambio en el modo de vida que señalan algunos como la principal demanda a las capacidades de adaptación. Es, sin duda alguna, algo que merece anticipación razonada, preparación consciente, una real **gerogogía** (2).

Tanto en lo heteroplástico como en lo autoplástico, esto es, en lo que puede cambiarse en el entorno y en otras personas como en lo que puede modificarse en el interior de la persona misma, reconocer las formas de la dependencia, aceptarlas y, si es posible, sacar lo mejor de ellas constituyen enseñanzas necesarias y útiles. Fundan, en rigor, el discurso relacional

El proceso de desvalimiento³: desvinculación-incompetencia.

Cualquier reflexión sobre la vejez y el envejecimiento debe tomar en cuenta el proceso de incompetencia o incapacidad progresiva (“*disablement*”) que las sociedades y las personas definen

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

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

³ Empleamos el vocablo “desvalimiento” en una acepción algo más amplia que la preconizada por el Diccionario de la Real Academia en su 21^a Edición para aludir no sólo al desamparo y falta de ayuda sino también, como explicita el texto, a la incapacidad y desvinculación que se le asocian en el proceso de

económico imposible de solventar. Por otra parte, no siempre “condenar a la vida” es la mejor decisión, pues la vida a medias vivida tras medidas heroicas pudiera no ser la mejor para los que deben vivirla. La paradoja del éxito consiste en que es ambiguo. Una acción exitosa puede ser un fracaso mirada en perspectiva societaria si, en mirada abarcadora, termina siendo injusta. Tal es uno de los puntos que el controvertido libro de Daniel Callahan, “*Setting Limits*”, puso en discusión⁴ sin que la respuesta deba ser, necesariamente, un algoritmo moral de universal validez (3).

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

En los últimos años se ha establecido la práctica de negar el proceso de incompetencia o desvalimiento. Se proclama, en una ilustrada apología de la ciencia y de la medicina, que el envejecimiento puede ser una incómoda pero subsanable inconveniencia, que más valiera ignorar. A la espera, por supuesto, de los avances milagrosos de la racionalidad instrumental, que derrotarán la vejez y la muerte. Tal perspectiva, por parecer sentimentalmente más humana, lleva a demandas y a la proclamación de un ideario benevolente que es

envejecer. Del mismo modo, el término incompetencia tiene más connotaciones que incapacidad, si bien éste también podría emplearse.

⁴ Lo central del argumento de Callahan lo constituyen dos críticas. Una se refiere a la negación de la vejez y el decaimiento como parte de la vida. La otra, a suponer que en el grupo de los viejos no debiera prestarse atención a las necesidades individuales. La propuesta de racionar los recursos considerando la edad como criterio se entendía aplicable en el futuro, dando por supuesta la noción de “duración natural de la vida” que el autor elabora. Las críticas se ha referido a casi cada uno de estos supuestos.

desmentido por la sociedad. Al medicalizar el problema no se hace sino reducirlo a uno de sus aspectos, tal vez el más saliente pero en todo caso no el único, con la consiguiente “tecnificación” de sus posibles planteamientos y soluciones. Una de las consecuencias de la tecnificación temática es la “lejanía” en que se encuentra del mundo cotidiano toda alusión a algo específico, substrayéndose así a la opinión y experiencia personales (4-6).

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

Algunas consecuencias: “*Restitutio ad integritatem*”

La noción de un complejo proceso de desvalimiento o incompetencia como matriz conceptual para plantear problemas relacionales no disminuye la importancia de decisiones en contextos agudos: medidas ordinarias y extraordinarias para salvar o prolongar la vida, prioridades de atención en servicios médicos, entre otras. Se plantea aquí como herramienta complementaria para elaborar un estatuto relacional para miembros de generaciones diferentes y de allí examinar la aplicación de puntos de vista, principios o modelos de eticidad⁵.

El proceso es complejo en varios sentidos. Primero, porque contiene una dimensión personal y una dimensión social, no siempre concordantes⁶. Segundo, porque se configura sobre la base de menoscabos, discapacidades y minusvalías y se expresa en situaciones, rendimientos y vivencias. Tercero, porque contiene dimensiones valóricas implícitas, no siempre evidentes, que al generalizarse pueden no hacer justicia a ciertos grupos dentro de la población que envejece. Cuarto, porque necesariamente una homogeneidad en la conceptualización, si bien favorece el establecimiento de normas útiles para la generalidad, puede ser inaplicable en casos excepcionales, vulnerando principios de equidad y justicia. Finalmente, porque permite elaborar un conjunto de procedimientos para plantear "casos" allí donde estos carecen de la urgencia de las situaciones inesperadas, heroicas o catastróficas, que suelen atraer la atención al punto de hacer pensar que constituyen lo más nuclear de la preocupación bioética (7,8).

⁵ Una buena síntesis de alternativas para la toma de decisiones éticas, en Gracia, D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Eudema Universidad, Madrid, 1991.

⁶ Véase la distinción entre "sentido" y "significado" de la vejez, elaborada en torno a las ópticas personal y societaria en Lolás, F. "Futuro de la vejez y vejez del futuro: una reflexión bioética" (en prensa).

Estas consideraciones replantean la necesidad de una ética de la vida diaria como fundamento de cualquier planteo sobre calidad de la vida, autonomía, dignidad, beneficencia y justicia. Tal punto de vista debiera sin duda incorporar diversos registros metódicos y procedimentales y no olvidar que junto a lo que es propio, a lo que es bueno y a lo que es justo, debe buscarse también lo que es discursivamente posible. *Discursivo* alude aquí a lo trasdisciplinario o lo transtextual, aquello que emerge como principio defendible o norma posible *más allá* de lo religioso, de lo médico, de lo económico, de lo sociológico. Quiere decirse, más allá de los discursos técnicos, en la esfera de la substantiva humanidad de cada uno, que adecuadamente respetada, nunca queda reducida a ninguno de ellos y a todos trasciende (4,9,10).

Tentativamente, puede decirse que la dignidad de la vida humana exige no sólo la tradicional misión terapéutica de la "*restitutio ad integrum*" cuando ello sea posible. También demanda la "*restitutio ad integritatem*", la recaptura del sentido de personal eficacia y singular autonomía que se pierde en el ineluctable, aunque negado, proceso de desvalimiento que, rectamente entendido, puede constituir un núcleo de cristalización para una bioética cotidiana que ilumine la condición de la ancianidad y el proceso que hacia ella lleva y que en ella se expresa, el proceso biográfico de envejecer. Tanto la aceptación personal de éste, con o sin resignación dictada por filosofía o religión, como la adecuada percepción social de sus matices y consecuencias, permitirán una preservación de lo que es apropiado técnicamente, bueno para los agentes morales y justo para el cuerpo social (11). Sin olvidar la dignidad, a la que cada día amenaza el desvalimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Lolas F.** Contemporaneidad y Bioética. Persona y Sociedad (Santiago) 1994; 8: 61-64.
2. **Lolas F.** Ensayos sobre ciencia y sociedad. Buenos Aires: Estudio Sigma-Editorial El Ateneo, 1995:
3. **Callahan D.** Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society. New York-London: Simon and Schuster, 1988:
4. **Lolas F.** Propositiones para una teoría de la medicina. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1992:
5. **Lolas F.** Biomedicina y calidad de vida. Un análisis teórico. Rev Méd Chile (Santiago) 1990; 118: 1271-1275.
6. **Lolas F.** La medicina como narrativa. Rev Méd Chile (Santiago) 1992; 120: 810-815.
7. **Phillips MJ.** Damaged goods: oral narratives of the experience of disability in American culture. Soc Sci Med (Oxford) 1990; 30: 849-857.
8. **Robinson I.** Personal narratives, social careers and medical courses: analysing life trajectories in autobiographies of people with multiple sclerosis. Soc Sci Med (Oxford) 1990; 30: 1173-1186.
9. **Lolas F.** La integración de las ciencias del comportamiento y la biomedicina. Necesidad de una metateoría. Bol Of Sanit Panam (Washington) 1990; 109: 38-45.
10. **Lolas F.** The psychosomatic approach and the problem of diagnosis. Soc Sci Med (Oxford) 1985; 21: 1355-1361.
11. **Andersson L.** The service system at the crossroad of demography and policy making- Implications for the elderly. Soc Sci Med (Oxford) 1991; 32: 491-497.