

Cuadernos
de la Fundació **65**
Víctor Grífols i Lucas

Vejez, sociedad y salud pública

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

17/07/2023

65
Vejez, sociedad y salud pública

Cuadernos
de la Fundació **65**
Víctor Grífols i Lucas

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Con la colaboración de:



Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
Vejez, sociedad y salud pública Nº 65 (2023)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org
ISBN 978-84-09-52172-2 Depósito Legal: B 15037-2023

Vejez, sociedad y salud pública

Cuadernos
de la Fundació **65**
Víctor Grífols i Lucas

SUMARIO

Pág.

Presentación

Àngel Puyol González y Andreu Segura Benedicto 7

El papel de la vejez en las sociedades humanas

Envejecer bien, una obligación social y personal

Victòria Camps Cervera 14

Envejecimiento y salud pública

Paloma Navas Gutiérrez 23

La vejez desde la perspectiva sanitaria:

¿necesidad o demanda inducida?

Una reflexión ética

José Antonio Seoane Rodríguez 34

Charo Azcutia Gómez 52

A propósito de un caso: el papel de la sanidad en las residencias de ancianos

La atención sanitaria en residencias, un primer paso necesario

Juan Manuel Pérez-Castejón Garrote 64

La imposibilidad de llamarla casa

Joan Canimas Brugué 73

Aportaciones de expertos

Margarita Boladeras Cucurella 82

Maria Gasull Vilella 84

Javier García León 87

Joan Guix Oliver 90

Colectivo Minerva 93

Màrius Morlans Molina 97

Iris Parra Jounou 102

Relación de autores	104
Títulos publicados	106

PRESENTACIÓN

La morbimortalidad provocada por la pandemia de la COVID-19 ha afectado significativamente a las personas mayores, sobre todo a aquellas que, por diversas razones, estaban alojadas en residencias. Además, los mayores también han sufrido los efectos adversos de algunas de las medidas de prevención y control de la pandemia. Esta situación supone un estímulo para reflexionar acerca del papel de la vejez en la sociedad, de los valores que le rodean y de cómo hay que afrontar los problemas derivados de la decrepitud física, la soledad no deseada o la exclusión social.

No es la primera vez que la Fundació Víctor Grífols i Lucas dedica una reflexión conjunta con expertos al tema del envejecimiento y los problemas bioéticos que se derivan. Ya en 2006 y 2007, la Fundació publicó dos cuadernos sobre la cuestión: uno, el número 16, relativo a los problemas de autonomía de las personas mayores con limitaciones funcionales; y otro, el número 17, que recogía las magníficas conferencias que Daniel Callahan, pionero de la bioética, impartió en la Fundació en torno a la necesidad de plantear un límite ético al acceso a los recursos tecnológicos caros en función de la edad avanzada. En fechas más recientes, la Fundació ha dedicado dos jornadas y cuadernos respectivos (números 55 y 56) a reflexionar sobre uno de los aspectos de la vejez que más inquietan desde una perspectiva ética como es la soledad no deseada.

En la presente ocasión y en este cuaderno, presentamos los resultados de la Jornada sobre «Vejez, sociedad y salud pública» que tuvo lugar en la sede de la Fundació en diciembre de 2022, enmarcada en las Jornadas sobre Ética y Salud Pública que llevan más de diez años siendo organizadas por la propia Fundació en colaboración con la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Pese a que el interés por el tema surgió como consecuencia de los efectos de la pandemia por COVID-19 en las personas mayores, el objetivo de la Jornada y de los textos que aquí se presentan va más allá y giran en torno al papel de los mayores en las sociedades humanas.

Existen enfoques evolutivos centrados en el papel beneficioso de los mayores, como el que ha llevado a algunos investigadores a postular hipótesis como la de «la abuela», según la cual la prolongada supervivencia de las hembras de los homínidos tras la menopausia, una característica que el resto de primates no comparte, tendría un efecto ventajoso para la supervivencia del grupo al permitir que las hembras más jóvenes colaboraran más activamente en la productividad colectiva al poder dejar a sus crías al cuidado de las abuelas.

Desde una perspectiva más cultural, también se acentúa el valor de la experiencia acumulada como un elemento que favorecería el progreso de las comunidades, siempre que el número relativo de personas mayores no supere ciertos límites para no poner en peligro la viabilidad del colectivo; en ese caso, la dependencia de los ancianos se volvería en contra de la comunidad. Son conocidos los casos, por otra parte, en que los ancianos de algunas comunidades humanas aceptan su desaparición con el fin de no perjudicar a la comunidad como, por ejemplo, ilustran las películas *La balada de Narayama* o *Los dientes del diablo*.

En este contexto, los criterios morales de las distintas aproximaciones éticas pueden entrar en conflicto según los valores predominantes a la hora de tomar decisiones políticas; conflictos que, desde la perspectiva científica, se pretenden superar a menudo negando la premisa principal, mediante la prevención de la dependencia asociada al envejecimiento y, en algunos casos, incluso persiguiendo (hasta ahora utópicamente) la inmortalidad. El resultado es que el envejecimiento es objeto de una gran cantidad de proyectos de investigación en la actualidad, varios de los cuales han desentrañado algunas de las bases biológicas de la senescencia, lo que ha supuesto un incentivo científico de primer orden.

Lamentablemente, como ocurre a menudo con el progreso, los primeros pasos comportan un incremento notorio de inconvenientes. Tal vez se superarán en el futuro, aunque como es obvio el futuro no está escrito. Quizá los pacientes oncológicos se beneficien de los próximos tratamientos, aunque hasta ahora sea a costa de bastantes inconvenientes en los tratamientos actuales. Tal vez ocurra también con la promoción de un envejecimiento más activo, menos dependiente. Pero lo cierto es que hasta ahora la situación no es precisamente

favorable porque, entre otros efectos perversos, se está fomentando un consumismo que, además de ñoño, es nocivo. La idealización de determinadas características asociadas pretendidamente a la salud comporta, en ocasiones, una medicalización claramente iatrogénica, de modo que conviene también analizar hasta qué punto la demanda sanitaria de este grupo de población responde a sus propios intereses y expectativas o viene inducida por intereses económicos y sociales de terceros, en cuyo caso se deben valorar las consecuencias sobre la equidad y la calidad de vida de una política geriátrica intervencionista y excesivamente paternalista.

Finalmente, la dramática experiencia de la COVID-19 en las residencias de personas ancianas más o menos dependientes puede servir como ejemplo de los beneficios y los perjuicios atribuibles a las intervenciones del sistema sanitario, con especial énfasis en las consecuencias de las medidas preventivas que se han aplicado en tales instalaciones, unas medidas que se tomaron tras la primera fase de la pandemia, cuando ya se habían producido muchas de las víctimas mortales y cuyas consecuencias han supuesto graves limitaciones a las personas residentes y a sus cuidadoras. Hasta el momento, no se ha procedido al análisis de las ventajas e inconvenientes de las intervenciones que pretendieron evitar la propagación de la infección ni, desde luego, a un análisis bioético sobre cómo estas medidas han limitado y hasta violentado la voluntad de los afectados.

Los textos aquí recogidos, tanto de los ponentes de la Jornada como de los asistentes que han querido compartirlos por escrito, se sumergen en este debate bioético que ha adquirido máximo protagonismo durante la pandemia de 2020 y 2021, pero que inundan la bioética actual y debemos suponer que también la del futuro en unas sociedades cada vez más envejecidas.

En dichas sociedades, el edadismo es una de las formas de discriminación que está tomando cada día más notoriedad en los debates bioéticos. El edadismo es la discriminación de las personas por su edad. Puede afectar a cualquier individuo, ya que el término no especifica ninguna franja de edad determinada como víctima de la discriminación, pero lo cierto es que habitualmente se refiere a la discriminación de las personas mayores «por ser mayores», es decir, por creer, valorar o inferir que «su edad avanzada» es una razón suficiente para

no tratarles con la misma consideración y respeto que a los demás. El edadismo engloba actitudes de rechazo hacia las personas mayores o hacia la vejez o el envejecimiento, de discriminación en el acceso a determinados recursos (como hemos visto que ha ocurrido durante la pandemia en las UCI), y de prácticas institucionales y sociales que perpetúan los estereotipos sobre las personas mayores (como el abandono en las residencias o la presuposición de que abuelos y abuelas tienen que soportar el cuidado de sus nietos y nietas).

Tal vez existen razones morales para priorizar a los más jóvenes en tiempos de escasez, razones ligadas a la justicia –a la igualdad de oportunidades– de que todos podamos llegar a una edad avanzada, pero también es verdad que esas razones pueden derivar en una clara discriminación hacia las personas mayores si afianzan en nuestra imaginación la idea de que las personas añosas deben ser las sacrificadas cuando los recursos son escasos. Esa impregnación cognitiva de que la ancianidad sobra en tiempos de escasez puede actuar como un obstáculo para autoexigirnos como sociedad el deber de planificar escenarios futuros (de futuras pandemias, por ejemplo) en los que podamos estar mejor preparados para no tener que llegar a «sacrificar a los mayores». Ese deber de planificación o de anticipación de los peores escenarios se debería traducir, por ejemplo, en el diseño e implementación, desde ahora, de residencias que no se conviertan en ratoneras, en la adaptación de los recursos hospitalarios –humanos y materiales– para aumentar con rapidez las camas y los respiradores en las UCI si hiciese falta, y en asegurar la creación de redes de apoyo a las personas mayores para evitar la desprotección social y material y la soledad no deseada que tanto les aflige, aún más en tiempos de confinamiento y de final de vida. En otras palabras, si damos por bueno que podemos y debemos sacrificar a los individuos de más edad en tiempos extraordinarios no tendremos incentivos morales ni cognitivos para anticiparnos a las situaciones de escasez, para evitarlas cuando sean evitables y para abordarlas con más equidad cuando sean inevitables. Si nos acostumbramos a pensar que la vejez es una etapa sobrante o menos necesaria de la vida, aplicaremos ese razonamiento propio de una ética de guerra también a los tiempos ordinarios.

La vejez es el final deseable de cualquier vida porque significa que esta se ha extendido tanto como la biología lo permite. Por lo tanto, vivir una vejez saludable y honrosa, en condiciones de igualdad con el resto de la población,

debería formar parte de nuestra mejor comprensión de la moral. Sacrificar a las personas mayores debería ser contemplado no como un mal menor de nuestras obligaciones éticas con la sociedad, sino sobre todo como una inaceptable falta de imaginación moral.

Àngel Puyol González

Catedrático de Ética en la Universitat Autònoma de Barcelona

Andreu Segura Benedicto

Coordinador del Grupo de Trabajo de Ética y Salud Pública de SESPAS

**El papel de la vejez en
las sociedades humanas**

Envejecer bien, una obligación social y personal

Victòria Camps Cervera

Catedrática emérita de Filosofía Moral de la Universitat Autònoma de Barcelona

No todo el mundo envejece igual. Además de la genética y las patologías que afectan a cada persona de manera distinta, las condiciones en las que cada uno vive determinan tanto el estado de su salud como la esperanza de vida y las capacidades para afrontar las circunstancias de una existencia larga. La pobreza y la falta de cuidados repercuten en la salud física y mental. Por eso hay que considerar el envejecimiento como un problema de salud pública; a medida que envejecemos, necesitamos más asistencia, más atención por parte de las Administraciones y las políticas públicas que las personas que tienen autonomía y gozan de la plenitud de sus facultades. Las distintas formas de envejecer son una muestra más de las crecientes desigualdades en las condiciones de bienestar que se vienen produciendo en el interior de los países más desarrollados, lo cual pone de relieve la urgencia de activar políticas redistributivas más equitativas.

Es una obviedad señalar que envejecer es intrínseco a la condición humana: siempre ha habido personas ancianas, pero lo que hasta hace poco no era problemático, ahora sí lo es, porque lo que ha cambiado es el aumento de la longevidad. En unas cuantas décadas se ha pasado de una esperanza media de vida de sesenta años a una de ochenta. Ser centenario está dejando de ser una excepción. Si en tiempos de nuestros abuelos las condiciones adversas al final de la existencia acababan pronto y no hacía falta combatirlas porque la gente se moría antes de llegar a vieja, ahora, las enfermedades se cronifican y se prolongan durante años, demasiados años muchas veces. Cuando el envejecimiento va unido a la dependencia o a la demencia cuesta seguir aceptando la prolongación de la vida como una vida humana. Asimismo, por diversas razones, entre las cuales sobresale la dependencia, aunque no es la única, los viejos son vistos como un colectivo incómodo e improductivo, como una carga para el sistema sanitario.

Una sociedad que defiende la dignidad intransferible de toda vida humana, sean cuales sean sus circunstancias, no debe permitir que sus mayores se sientan marginados o excluidos, con la sensación de que su vida carece de valor. Esta situación puede y debe cambiar si se trata adecuadamente. Para ello, hay que reflexionar sobre los dos grandes aspectos que afectan al envejecimiento y que determinan que se produzca en las mejores condiciones posibles. Me refiero a la concepción social y a la personal.

La percepción social de la vejez

El envejecimiento es un hecho inevitable de la condición humana, pero, a su vez, es una construcción social. Al ir sumando años asimilamos la manera en que la sociedad construye y concibe esa etapa final de la vida. La sociedad determina la forma de envejecer del mismo modo que también lo hace con cada una de las etapas que configuran el ciclo vital: la infancia, la adolescencia, la juventud y la edad madura. Lo que hay que preguntarse es en qué medida las categorías y los marcos mentales desde los que se percibe a las personas ancianas reflejan de modo adecuado las transformaciones que se han ido produciendo en el mundo y si se adaptan al tipo de humanidad longeva que vamos siendo, si se ajustan y ayudan a vivir ese período con la dignidad y calidad que deseáramos.

A mi modo de ver, la percepción de la vejez dominante en estos momentos tiene tres características que es urgente revisar: está desfasada, es discriminatoria y es deshumanizadora.

Una percepción desfasada

El desfase más llamativo viene dado por la vinculación del ingreso en la vejez con la edad de la jubilación que, para una gran mayoría de personas, se produce a los sesenta y cinco años. A los funcionarios, que obligatoriamente se jubilan a esa edad (o a los setenta, en el caso de la enseñanza universitaria), se les denomina a partir de entonces «clases pasivas», una expresión que no puede ser más explícita sobre la consideración que va a merecer el sujeto afectado.

tado: un sujeto improductivo, inactivo, una carga para los demás, inútil en casi todos los sentidos. Dicha limitación de la vida activa, de la que solo pueden escapar algunos individuos privilegiados que prolongan su dedicación laboral «por gusto» y sin esperar retribución económica alguna, no tiene en cuenta que hoy la esperanza de vida después de la jubilación puede ser de treinta o cuarenta años, es decir, un período equiparable en número de años al de la vida laboral media de un individuo. Son muchos años para ir deambulando por la vida entretenidos con distintos *hobbies*, sin tareas que llenen la existencia, con bajo poder adquisitivo y con una salud cada vez más precaria. Lo que al acuñar el concepto fue visto como motivo de júbilo (jubilación), y que aún sigue siendo el descanso merecido para muchos que han estado sometidos a trabajos duros y poco gratificantes, deja de serlo cuando crece la sensación de que al retirarse del trabajo productivo uno está de más en la vida.

Además de imponer una obligación cada vez menos justificada, el paso a la condición de jubilado contribuye a la homogeneización de un colectivo que no debería ser visto como tal. Cuanto más larga sea la etapa posjubilación, más diferencias habrá entre unos jubilados y otros y más absurdo y perjudicial será tratarlos a todos de la misma manera, como si tuvieran las mismas necesidades, las mismas apetencias y los mismos problemas. No es raro que, desde tal punto de mira, se consoliden los prejuicios del edadismo. El desfase al que me refiero solo es corregible si es tratado como un problema estructural que no admite soluciones de corto alcance. No basta con poner parches a la situación actual retrasando la jubilación un par de años, una disposición por lo demás políticamente inaceptada dondequiera que se proponga. Cambiar las estructuras significa partir de la concepción de que el paso de la vida productiva a la vida inactiva no debería decretarlo nadie salvo el sujeto que lo vive en cada caso; la transición debería ser continua y flexible, sin cortes bruscos, una jubilación a la medida de cada individuo. Como escribió Ramón y Cajal, morimos «por parcelas», y no «de una vez», aunque a muchos es lo que nos gustaría. También habría que entender que envejecemos por parcelas y no de una vez por causa de una decisión administrativa.

Si la brecha que significa la jubilación desapareciera, disminuiría esa concepción de los viejos como «clase ociosa» que no sabe qué hacer con su vida. Parece que fue el canciller Bismarck quien se inventó el sistema de jubilación

obligatoria para sus funcionarios, y lo hizo consultándole a un experto a qué edad habría que fijar la misma para no tener que pagar nada. La respuesta del experto fue los sesenta y cinco años, edad en que los empleados del Estado, en 1889, solían morir o habían muerto. Ha pasado mucho tiempo para seguir con los mismos parámetros. Una edad de retiro pensada para una humanidad longeva no solo debería diferenciar tipos de trabajo, sino tener en cuenta lo que los individuos aún querían seguir haciendo a pesar de su edad si tienen capacidades para ello. La «ociosidad obligatoria» produce una sensación de vacío, no es una fuente de alegría. Es decir, vivimos muchos años gracias a los avances de la ciencia y la tecnología, pero, bien mirado, lo que se prolonga no es la vida, sino la vejez con todas sus miserias.

Una percepción discriminatoria

La discontinuidad y la separación entre los que siguen llevando una vida activa y los condenados a la pasividad (porque cuidar a los nietos o asistir a personas mayores con más necesidades que uno mismo no se consideran un trabajo que merezca tal nombre) potencia los estereotipos propios del edadismo. A los ancianos se les margina precisamente porque dejan de hacer algo digno de ser apreciado o mencionado como algo valioso. No solo no hacen nada socialmente útil, sino que son una carga económica, en especial cuando dependen de una pensión insuficiente para cubrir todas sus necesidades. El criterio de la edad sigue siendo visto como discriminatorio, por ejemplo, para acceder a determinados tratamientos médicos, aunque de hecho no sea la edad lo que excluye, sino los achaques aparejados a la edad que sufren algunos. Desde la profesión sanitaria se asegura –y creo que con sinceridad– que el criterio de exclusión no es la edad: nadie deja de ser intervenido, a nadie se le niega incluso un trasplante, por mayor que sea, si sus condiciones de salud son adecuadas para presagiar el buen fin de la operación. Pero la leyenda es otra, que se añade a los muchos prejuicios que identifican a los viejos con el hecho de ser un peso para sus familiares y para el erario público: son pensionistas, son usuarios constantes del sistema sanitario, demandan cuidados, no aportan nada positivo porque su experiencia está devaluada, sencillamente están de más.

El edadismo se ha desarrollado a la par del culto excesivo a la juventud, un culto incompatible con cualquier tipo de curiosidad o admiración por lo que los mayores pueden aportar. Sabemos que en la antigüedad se honraba a los mayores. Incluso la modernidad, hasta hace algo más de un siglo, depositaba en ellos una confianza hoy totalmente insólita. Lo cuenta Stefan Zweig en *El mundo de ayer*, poniendo de relieve que en Viena, a finales del siglo XIX, con un soberano de setenta años, acompañado de unos ministros decrepitos, la opinión pública no se fiaba de la juventud. Por el contrario, en el siglo XXI, los reparos de la ciudadanía ante un presidente como Biden tienen que ver con su avanzada edad, no con las capacidades que, sin duda, está demostrando que tiene por lo menos en igual medida que cualquiera de sus antecesores.

Una percepción indiferente

No hay que tratar a los mayores de manera discriminatoria, pero hay que dedicarles más atención y más medios que al resto de los mortales porque su fragilidad es mayor. No hay contradicción entre ambas aseveraciones. Como bien dice Martha Nussbaum en *Envejecer con sentido*, las personas mayores tienen unas necesidades que no tienen nada que ver con las necesidades del hombre medio. Muchos ancianos requieren una mirada especializada y cuidados específicos. A la larga, todos se ven obligados a llevar un ritmo que no se compagina con el de lo que se considera «normal», a saber, ir deprisa, conducir, madrugar, trasnochar. La vejez no es una enfermedad, nos cansamos de repetirlo, pero a medida que sumamos años todo falla y se complica, los órganos dejan de actuar a pleno rendimiento, la memoria se desvanece, el trabajo para cuidar de uno mismo en las cosas más rutinarias es excesivo. «Envejecer es un trabajo duro, difícil y muy poco glamuroso, con jornadas muy largas», le confiesa Ingmar Bergman a su hija en *Los inquietos*. Así es, en efecto: hacerse viejo es volver a la menesterosidad de la infancia porque abrir un botón, abrir una botella o bajar unas escaleras han dejado de ser una rutina inapreciable.

No creo que nuestra sociedad sea gerontofóbica, pero sí que asistimos a una «deshumanización de la vejez» por todas las razones aludidas. No hay odio a los mayores por el hecho de serlo, pero sí se transmite la sensación de que ya

no encajan en un mundo que, como reza una película, «no es para viejos». La infantilización de los mayores dista mucho del trato cariñoso que se dispensa a los niños; es un trato que ridiculiza y humilla. La discontinuidad y la ruptura entre la vida productiva y el ocio obligado es una nueva forma de desigualdad que se ceba en los más necesitados de cuidado. Una desigualdad que se acepta como algo obvio y natural, incluso gracioso, en la infancia, pero que resulta desagradable con los mal llamados «sénior». Los viejos no existen para lo que importa, viven reclusos en el ámbito doméstico, se les invisibiliza a muchos efectos, no se piensa en paliar sus dificultades ni en determinar cuáles son. Algo similar a lo que les ocurrió a las mujeres durante siglos; son las víctimas de una sociedad que valora por encima de todo la capacidad de producción. ¿Qué producen las personas viejas? Nada, solo los que aún están sanos sirven de ayuda para tareas de acompañamiento y de cuidado. Tareas no esenciales desde el punto de vista del rendimiento económico.

En resumen, social y políticamente el empeño debe ir dirigido a reconstruir la longevidad procurando que adquiera el sentido positivo que debería tener si tiene que ser visto como un progreso.

El deber de aprender a envejecer

La longevidad es ya una característica intrínseca a la condición humana que no va a desaparecer sino todo lo contrario: cada vez serán más las personas longevas que tendrán que vivir, aceptar o cargar con esa fatalidad ineludible.

En el apartado anterior he señalado algunos aspectos que contribuyen a fomentar la sensación de que vivir muchos años sea visto no como una ventaja o un golpe de suerte, sino como algo que inevitablemente habrá que soportar con resignación y paciencia. Lo lógico sería que, si aumenta la esperanza de vida, el envejecimiento sobreviniera más tarde o la evolución fuera más lenta, pero la realidad es otra; seguimos con un marco mental arcaico que, por decirlo así, nos hace viejos antes de tiempo. Ese paradigma debe cambiar: el irse haciendo mayor ha de poder encontrar opciones de vida y de trabajo que eviten el sentimiento de invisibilidad social que se cierne sobre la existencia de los mayores. Del mismo modo que la emancipación de la mujer ha modificado

la imagen de las profesiones feminizándolas, una sociedad envejecida ha de contar con sus viejos como un activo que puede y debe ser aprovechado.

Pero, a la vez, envejecer bien es una opción de la que ha de responsabilizarse también el individuo. Aprender a envejecer no solo es posible, sino que, me atrevo a decir, es una obligación moral, ya que del bienestar que uno sea capaz de procurarse a sí mismo en la fase final de la vida depende el bienestar de los más allegados y, en definitiva, de toda la comunidad. Así pues, habría que ver como un esfuerzo colectivo y conjunto el de repensar el futuro de las sociedades envejecidas como un compromiso político, social, cultural y también individual.

El esfuerzo ha de ser colectivo, pero me temo que nos corresponde a los que ya nos vemos inmersos en la vejez hacer el examen pertinente que contribuya a deshacer malentendidos, derribar estereotipos y romper la conspiración del silencio sobre un tema que disgusta. ¿Cuándo empieza una persona a sentirse vieja? ¿A los setenta, a los ochenta? Insisto en que no es una cuestión solo de años, pero es cierto que el sentimiento brota cuando una se mira en el espejo y no se reconoce a sí misma, sino que ve a su madre («no me siento viejo salvo cuando me veo en el espejo», ha dicho alguien), cuando empieza a notar cambios en la vida cotidiana, más cansancio, más desgana, más sueño a horas inesperadas, dolores nuevos, miedo a caerse, a constiparse... y una creciente conciencia de que la muerte está cerca.

Aprender a envejecer es incluir el envejecimiento en los planes de vida de cada uno. Lo estamos haciendo ya, mejor o peor, a nivel económico, con planes de pensiones de uno u otro tipo. Pero no basta con resolver el problema económico, que sin duda es importantísimo, también hay que plantearse cómo nos gustaría vivir en el caso de hacerlo durante muchos años. Se atribuye a Victor Hugo la frase de que lo que importa no es vivir, sino existir. En efecto, para hacer de la «nuda vida» una existencia que merezca ese nombre, hay que prepararse, con generosidad, por un lado, y acumular recursos por otro. Esos recursos, por ejemplo, de los que habla con sabiduría Rita Levi-Montalcini en *El as en la manga*, aquellos de los que dispone una persona culta que ha dedicado su vida a una pasión intelectual como fue en su caso la biología. De forma parecida se expresaba Umberto Eco al decir que quien ha leído no vive una

sola vida, pues «la lectura es una inmortalidad hacia atrás». La afición a leer, a la música, al arte, son recursos impagables, recursos que no se improvisan, hay que atesorarlos con tiempo.

Aun así, incluso disponiendo de un «as en la manga», no hay que engañarse ni cerrar los ojos a la realidad de que envejecer es duro y hacerlo bien no es una tarea fácil. Tenemos opiniones de ilustres pensadores, empezando por el *De senectute* de Cicerón, que no le encuentran sino ventajas a la senectud. Pero son quizá más los que piensan de otra forma, los que temen la vejez cercana o la detestan cuando se encuentran con ella. Virginia Woolf es un ejemplo: «Detesto la dureza de la vejez. La siento venir. Estoy amargada». La confesión del rey Lear a su hija es moneda frecuente en nuestros pagos: «Te confieso que no sirvo para nada. Tengo vergüenza de mis años, no debería estar vivo».

La ambivalencia es inevitable cuando el deterioro empieza a notarse: el miedo, la depresión, la ociosidad, la soledad no son acicates para la ilusión ni para la alegría. Una vive la vejez en medio de contradicciones, entre el fervor y la fatiga, como explica bien Laure Adler en *La viajera de noche*. Por una parte, todo parece que empuja a renunciar, a ceder, a dejar de hacer ruido, a parar; pero al mismo tiempo, sentimos que no hay que abandonar el terreno de juego, que hay que seguir activos y pelear por hacerse un lugar en la familia, en la comunidad, en la política. La sensación de haber hecho todo lo posible, de estar de más, de haber cumplido nuestro tiempo, no es lo suficientemente poderosa como para tirar la toalla y rendirse. Así, lamentamos que los jóvenes nos traten con excesiva jovialidad, que nos tuteen o no nos cedan el asiento en el autobús; sin embargo, cuando nos tratan con el respeto debido a los mayores, sentimos una distancia dolorosa y difícil de aceptar. La vejez no es un mal, pero desentona con la vida pasada, acontecen cosas inesperadas, imprevistas, para las que nadie está preparado.

Ante todas estas contradicciones, solo se me ocurre añadir que la sabiduría estoica es la única que nos ayuda. Resignación, sí, pero resignación inteligente, es decir, no la resignación que acaba en una insensibilidad hacia el dolor a todas luces inhumana. La vejez es la oportunidad de descubrir el «conócete a ti mismo» como lo que debe ser: conocerse a sí mismo es conocer los propios límites. No se trata tanto de llegar a saber quién soy, sino de preguntarse

sin miedo: ¿qué puedo hacer? ¿qué posibilidades me quedan y cómo las aprovecho? Lo que no debiera implicar perder la ilusión ni la curiosidad, ni dejarse llevar por el desinterés o la desgana. Si en la vejez hay aún oportunidades, habrá que añadir que estas hay que saber descubrirlas y aprovecharlas. Lo cual, al cabo de los años es más fácil pues, como indica sabiamente Pascal Bruckner, cuando envejecemos, «sabemos mejor que antes lo que vale la pena conservar, aquello en lo que se puede tener esperanzas y lo que es poco razonable codiciar».

Acompañada de reflexión, la vejez puede llegar a ser la edad de la sabiduría y de la valentía. Dice R. L. Stevenson: «Como la inteligencia y el valor son las dos cualidades que más merecen que el hombre las cultive, el principal cometido de la inteligencia es reconocer nuestro estado de precariedad en la vida, y el primer cometido del valor es no dejarse abatir por ese hecho». Mejor no puede resumirse la misión de la persona anciana que sabe que la muerte está cerca, lo cual puede servir, es cierto, para amargarla, pero también para sacarle todo el partido a lo que queda de vida.

Afrontar con valor la vejez es no temer el examen al que inevitablemente nos lleva la conciencia de nuestra finitud. Como ha escrito Aurelio Arteta en *A fin de cuentas*, nuestra tarea es «aprender ese modo de vivir que se sabe abocado a morir», lo que a su vez significa no abandonarse a un «tedioso sobrevivir», pues sobrevivir sin más es limitarse a vivir por debajo de la propia humanidad.

Envejecimiento y salud pública

Paloma Navas Gutiérrez

Doctora en Medicina Preventiva y Salud Pública en el Hospital Universitario El Escorial. Vocal de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPH)

Introducción

En el invierno de 2016, Alcalá de Guadaíra (provincia de Sevilla) fue testigo mudo de un evento inicialmente sin importancia que acabó teniendo repercusión internacional. Un ser humano anónimo sintió tal necesidad de expresarse que decidió jugarse, no solo una multa, sino el enfado de sus vecinos. Espray en mano, desahogó su desazón en la fachada de un edificio de viviendas. No hubiera ido más allá de un acto de vandalismo si, a la mañana siguiente, la vecina de enfrente no lo hubiera inmortalizado causando furor en redes. Decía así: EMOSIDO ENGAÑADO.

Tuvo tal impacto que, cuatro años después, *El País* dedicaba un reportaje¹ entero a dar seguimiento de la historia de la pintada y al relato cruel de pobreza, desalojo y desesperación que ilustraba (la pintada ya no existe pero se perpetuó gracias a RRSS y Google Maps).

¿Por qué se hizo viral este mensaje? ¿Por qué esta pintada, que se sigue repitiendo en múltiples fachadas a ambos lados del Atlántico, resuena tanto? Incluso los fanáticos podemos comprar una taza o un pijama de recién nacido con este texto. ¿Son las faltas de ortografía? ¿Es la forma o es el fondo del mensaje? ¿Nos sentimos todos, acaso, profundamente engañados? Pero pensarán, ¿qué demonios tiene que ver un grafiti de hace siete años de una barriada sevillana con el envejecimiento y la salud pública? «Emosido engañado» es lo primero que me vino a la cabeza cuando preparaba este debate: el envejecimiento no es como nos lo cuentan, tampoco es como lo contamos desde la salud pública. Nuestra conceptualización, aunque unguada con los cálices de la ciencia, aunque impregne mapas conceptuales, artículos e incluso políticas, responde a una proyección



de nuestra visión de la vejez: la de profesionales que, por lo general, no pasan hambre, tienen vivienda y ocupan puestos de prestigio social que no quieren abandonar. Nace nuestra teoría de nuestra experiencia de envejecer, de la de nuestros padres y nuestros abuelos. No quiere decir que no seamos sensibles a otras realidades, al revés, somos hipersensibles, pero no es lo mismo teorizar sobre algo que les pasa a los demás (pobreza, enfermedad, exclusión, contaminación ambiental) que sobre algo que nos pasa a nosotros mismos cada día. Los salubristas también envejecemos y nuestra experiencia con respecto al tema determina nuestros marcos conceptuales. Marcos que son repetidos y se transforman en discursos sociales,² con el riesgo que conlleva propagar un marco erróneo que podría generar programas que no conseguirán mejorar la salud de las personas, y peor aún, la empeorarán. Por eso la crítica radical es tan importante, y eso trataré de hacer en relación con el envejecimiento para que el debate resultante sea rico y productivo. Haré pues de abogada del diablo, y porfiaré libremente nuestros dogmas.



Dibujo de Selçuk Erdem. El rinoceronte se cree que el atardecer lleva un cuerno, el lago y el baobab también, pero el cuerno lo lleva él.

(Quizá) El envejecimiento saludable no es tan sano

¿Podría ser que el envejecimiento saludable sea un ejemplo de salutismo (o salubrización)? Como define el mismo Crawford³ (traducción personal):

Brevemente, el salutismo (*healthism*) se define aquí como la preocupación por la salud personal como un objetivo primario, a menudo el enfoque primario, para la definición y el logro del bienestar; una meta que debe alcanzarse principalmente a través de la modificación de los estilos de vida, con o sin ayuda terapéutica. La etiología de la enfermedad puede verse como compleja, pero el salutismo trata el comportamiento, las actitudes y las emociones individuales como los síntomas relevantes que requieren atención. Los salutistas reconocerán, en otras palabras, que los problemas de salud pueden originarse fuera del

individuo, por ejemplo la dieta estadounidense, pero, dado que estos problemas también son conductuales, se considera que las soluciones se encuentran dentro del ámbito de la elección individual. Por tanto, exigen ante todo la asunción de la responsabilidad personal. Para el salutista, la solución está en la determinación del individuo de resistir a la cultura, la publicidad, las restricciones institucionales y ambientales, los agentes de enfermedades o, simplemente, los pobres hábitos personales o la pereza. En esencia, entonces, se vuelven causa inmediata y la solución se construye dentro del mismo espacio estrecho.

El envejecimiento saludable, activo, positivo o exitoso, como lo acuñaron Rowe y Kahn en 1987⁴ enfatiza que la pérdida y el declive en la edad adulta se asocia parcialmente con las elecciones individuales y, por tanto, puede prevenirse o revertirse. Se basa en un círculo virtuoso de reducción de la discapacidad y enfermedad, de mantenimiento de un alto funcionamiento cognitivo y físico y de una alta participación.

La primera crítica posible es que si hay un *envejecimiento exitoso* indefectiblemente hay también un *envejecimiento fracasado*. Por tanto, el discurso del envejecimiento puede llevar implícito un envejecimiento bueno y un envejecimiento malo, moralmente malo. El envejecimiento saludable pasaría de ser un modelo conceptual en ciencia a un mandato médico, salubrista, social e, implícitamente, ético. También es reseñable que el modelo de envejecimiento activo o exitoso responde perfectamente al discurso edadista, utilitarista y puramente neoliberal que ve la vejez no solo como una mala etapa, como algo feo o vergonzoso, sino también como una carga, un problema para nuestro sistema sanitario y un riesgo para nuestro estado del bienestar, asimilándolo a una catástrofe natural (el *silver tsunami* lo llaman en Estados Unidos). Así, que para ser un «viejo bueno» es importante mantenerse activo, cuidarse, tener muchos amigos, una vida sexual activa, una agenda ocupada y un aspecto estupendo. Se parece bastante a lo que se indica como modelo de éxito en la juventud. Entonces, ¿el buen envejecimiento podría ser quizá el no envejecer? Pienso en esos anuncios que muestran a «nuevos mayores» que tienen dientes perfectos y blancos, pocas arrugas y una belleza que supera a muchas y muchos modelos y, sobre todo, no gastan. La investigación ha demostrado que las personas mayores –y en especial las mujeres mayores– estaban infrarrepresentadas en los medios de comunicación, y que, cuando eran visibilizadas, era mucho más habitual que fuesen retratadas como seniles, feas, torpes, improductivas o

enfermas. Esta imagen ha apoyado los discursos recurrentes de los últimos veinte años que vaticinan que el envejecimiento será el fin de los estados del bienestar y que será imposible que la sociedad funcione, lo cual ha generado mucha ansiedad, mucho edadismo, pero ninguna solución, ya que el envejecimiento es, en sí mismo, un gran éxito que no tenemos que solucionar. Por eso, para responder a este miedo de ruptura del *statu quo* se ha ido alimentando la idea de la «nueva longevidad» como una época de desarrollo, crecimiento personal y productividad. En ese marco, en esos anuncios, los «buenos viejos» son independientes y no gastan recursos públicos. Los medios los muestran con un plan de pensiones, jugando al pádel o al bridge, con su piso en propiedad y quizá algún otro para sus herederos, porque los buenos mayores han sabido invertir. El buen viejo es independiente, tiene mucha vida social y está sano. Sano según el gasto que produzca y el aspecto que luzca, porque nada de lo anteriormente mencionado significa, *per se*, salud o bienestar. Porque, ¿puede ser estar sano un fin en sí mismo? ¿Puede estar sano dar sentido a nuestra vida? De hecho, Nutbeam define el salutismo como el término que se utiliza para describir la creencia o el valor cultural de que la salud es más importante que todas las demás recompensas o satisfacciones, es decir, que disfrutar de la salud es el principal objetivo de la vida.⁵ No estoy de acuerdo, y me gustaría citar al mismísimo doctor Viktor Frankl, quien escribió al respecto:

Dudo que haya ningún médico que pueda contestar a esta pregunta en términos generales, ya que el sentido de la vida difiere de un hombre a otro, de un día para otro, de una hora a otra hora. Así pues, lo que importa no es el sentido de la vida en términos generales, sino el significado concreto de la vida de cada individuo en un momento dado.⁶

Parece pues poco probable que para la mayoría de personas sea suficiente con tener un envejecimiento saludable para alcanzar el bienestar. Sería por tanto interesante cuestionarse si cuando desde la salud pública y la atención sanitaria entendemos la promoción de la salud en la vejez como la prescripción de actividad física (rutas del colesterol) o de participación, no estamos enmarcando la cuestión de la salud y la vejez como el resultado de unas acciones y elecciones individuales y cayendo por tanto en un salutismo que va a perjudicar a las personas. Este concepto de envejecimiento saludable ha sido objeto de diferentes trabajos en el área de la gerontología crítica, donde algunos autores afirman que las teorías del envejecimiento son problemáticas porque

prescriben cómo deben envejecer los adultos mayores, en lugar de tratar de entender y describir cómo las diferentes personas dan sentido a sus vidas a medida que envejecen. Otros argumentan que, ya que el envejecimiento exitoso puede confundirse con el no envejecimiento, el concepto puede condenar a aquellos que envejecen a sentirse menos valorados, lo cual puede convertirse en una manifestación de discriminación por edad intrageneracional, ya que los adultos mayores que no envejecen con tanto éxito como sus compañeros se definen como «personas realmente mayores» o «malos viejos». Y por supuesto se ignora que hay personas mayores sin recursos.

Un exponente interesante es el apasionante trabajo de la doctora Julia Rozanova,⁷ que analizó la imagen de la vejez proyectada en los artículos publicados en el periódico canadiense *The Globe & Mail* durante diez años. Rozanova argumenta que hay una estrategia comercial que apunta a los mayores envejecidos como el mercado de consumo más grande (la *silver economy*), por lo que los medios de comunicación han desarrollado una imagen de una jubilación gloriosa durante la cual las personas pueden permanecer sin edad, vitales y felices prácticamente de modo indefinido. Si bien es cierto que hay componentes del discurso del envejecimiento saludable que abren nuevas posibilidades y libertades para la vida posterior, estas libertades pueden no ser posibles para todos y, además, cargar a los adultos mayores nuevas obligaciones. Estas obligaciones y expectativas incluyen la compra y el consumo de productos para mantenerse jóvenes y la participación en actividades productivas. Al respecto, la gerontología crítica señala que la razón del énfasis en las actividades productivas en el discurso sobre el envejecimiento saludable es económica y política y no busca el bienestar de las personas. Así, en el contexto de la reestructuración de las políticas sociales, los mayores que envejecen se pueden llegar a considerar como un grupo potencial de voluntarios de la comunidad que deben efectuar contribuciones sociales.⁷

Me gustaría ilustrar esta reflexión con el ejemplo de las rutas del colesterol que han poblado pueblos y ciudades de España. Bajo el principio del envejecimiento saludable se han construido pistas para caminar, con artefactos como los del gimnasio, pero más sencillos, una suerte de *baby gym* al aire libre, generalmente en la periferia de los pueblos y ciudades y con forma circular. Es indudable que los paseos saludables son beneficiosos, pero si pensamos con nuestra perspectiva, la de personas autónomas con inquietudes, resulta una idea bastante aburri-

da dar vueltas al mismo camino todos los días para encontrarse con la misma gente. Pues para los mayores, probablemente, también lo sea. Hay cientos de artículos que explican que en los barrios con lugares de interés, panaderías, tiendas de alimentación, ferreterías... la gente que sale a hacer recados camina bastante más que en las zonas que no tienen finalidad alguna, como muchas rutas del colesterol. Tienen más relaciones sociales y están mejor. Obvio.

En conclusión, un envejecimiento saludable, que nos parece indudablemente algo positivo, se puede convertir en una nueva imposición e inspirar políticas y programas en nombre de la salud que ignoran el significado que le dan las personas a la vejez, el sentido de sus vidas. No se puede considerar que la vejez es una fase aparte, donde pasan cosas a *otros* porque: «Los viejos somos nosotros».

Debemos cuestionar el planteamiento utilitarista de la salud, ese que niega algunas de las facetas clave de la existencia humana: el sentido de propósito y de conexión, los cuidados como expresión de los vínculos humanos. Deberíamos quizá preguntar a las personas mayores qué les gustaría hacer estos años, así como preguntar a la sociedad qué estamos dejando hacer a las personas más mayores, qué valor les damos cuando dejan de tener un trabajo remunerado y si, cuando dejan de ser autónomas, valen para algo.

¿Podremos dejar de ver a los mayores y sus cuidados como un problema? Próximos marcos a cuestionar

En esta sección, y para cerrar el debate, me gustaría poner algunos ejemplos de marcos cuestionados y cuestionables. A veces resulta útil pensar en discursos alternativos posibles. Por ejemplo, un marco alternativo de la buena vejez podría ser el liberarse de mandatos sociales: los viejos buenos serían aquellos que hacen finalmente lo que les da la gana y cuestionan los paradigmas, se rebelan, se retiran al monte como eremitas, o exploran con psicoactivos, o se incorporan a las labores domésticas...

En este sentido una lectura muy interesante que mencioné durante el debate es el trabajo de Jan Baars, profesor de Humanidades en Utrech que ha escrito

más de veinte libros sobre envejecimiento. En su obra *Envejecimiento y el arte de vivir* expresa su perplejidad al leer que los mayores eran reflejados como una «especie problemática»:

Si (las personas mayores) necesitaban cuidados, esto generalmente dominaba todos los intereses, como si no tuvieran otra existencia, incluso aunque los cuidados solo ocuparan un fragmento de sus vidas. Un foco sesgado en los aspectos instrumentales del cuidado llevó a ignorar las formas en las que el cuidado debería ser integrado en la vida de personas con dignidad propia, no como seres problemáticos que necesitan atención. Las imágenes negativas de la vejez, muchas veces bien intencionadas, no fueron de ayuda para tomar en serio a las personas afectadas, como si no pudiera esperarse nada de personas que no pueden cuidar de sí mismas.⁸

Otro ejemplo de marco desmontado, de encuadre y desencuadre, es el síndrome de la abuela esclava, acuñado en 2001 por el doctor Guijarro. Este cardiólogo de Granada nos describe un síndrome caracterizado por ser muy frecuente, grave, potencialmente letal, que se manifiesta clínicamente con hipertensión arterial de difícil control, molestias paroxísticas, astenia, caídas fortuitas, malestar general, tristeza, desánimo, falta de motivación y autoinculpación. Guijarro observó que su consulta se llenaba de amas de casa agotadas debido al exceso de trabajo y de cuidados que brindaban a todo el mundo menos a ellas. Ese machismo que las había enseñado que ser buenas abuelas era ser abuelas esclavas estaba inculcado bien adentro. Este síndrome no apareció en 2001, ¿cuántas abuelas esclavas fueron diagnosticadas con insuficiencia cardíaca, depresión o ansiedad y medicadas? ¿cuántas lo siguen siendo, atendidas por médicos con la mejor intención? ¿a cuántas les prescribimos un envejecimiento saludable?

Al cuestionar las verdades incuestionables, nace el avance, como la idea de la jubilación y la tensión que carga entre lo individual y lo colectivo. Sabemos que la calidad de vida en la vejez no es más que la suma de las circunstancias que te han tocado vivir a lo largo de la vida. De ahí que los académicos muchas veces nos quejemos de las jubilaciones forzadas, mientras que esa misma idea puede ser la pesadilla de otro segmento de la población. Quizá es injusto que haya la misma edad de jubilación para las personas que cargan bombonas de butano, cavan zanjas o construyen casas y tienen a los sesenta el cuerpo absolutamente roto, y los que trabajan en sitios calentitos, guarecidos del frío y cuyo principal riesgo ocupacional es el estrés y la luz azul de las pantallas. Quizá los trabajado-

res manuales, con mucha menos esperanza de vida que los académicos, acaben financiando su jubilación, ya que ellos no podrán disfrutarla.

Para cerrar esta intervención quiero citar la famosa obra de Steven Lukes *El viaje del profesor Caritat*,⁹ una distopía que cuenta que en un país llamado Utilitaria existía un programa de transferencia de órganos corporales incluido en el sistema de impuestos. Los mayores estaban obligados a donar sus órganos a los jóvenes en vida cuando se consideraba que dejaban de ser útiles. «El sistema sanitario parecía sumamente eficiente, por ejemplo, ofrecía importantes incentivos para que la gente evitara las enfermedades costosas, se dedicara a actividades productivas y fuera, o al menos lo aparentara, feliz y satisfecha, y no parecer, así, ineficiente.»

Notas

1. País El. De una pared sevillana a meme internacional: la historia tras la pintada de «emosido engañado». 2020. Disponible en: https://verne.elpais.com/verne/2020/02/12/articulo/1581533769_341780.html
2. Lakoff G. No pienses en un elefante: lenguaje y debate político. Barcelona: Península; 2017.
3. Crawford R. Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*. 1980; 10(3):365-388. doi:10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY
4. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. *Journals Gerontol-Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2015; 70(4):593-596. doi:10.1093/geronb/gbv025
5. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot*. 1986; 1(1):113-127. doi:10.1093/HEAPRO/1.1.113
6. Frankl VE. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder; 1991.
7. Rozanova J. Discourse of successful aging in *The Globe & Mail: Insights from critical gerontology*. *J Aging Stud*. 2023; 24(4):213-222. doi:10.1016/j.jaging.2010.05.001
8. Baars J. *Aging and the Art of Living*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2012.
9. Lukes S. *El viaje del profesor Caritat*. Barcelona: Tusquets, 2005.

**La vejez desde la
perspectiva sanitaria:
¿necesidad o demanda
inducida? Una reflexión
ética**

José Antonio Seoane Rodríguez

Catedrático de Filosofía del Derecho de la Universidad da Coruña

1. El envejecimiento y la vejez como hechos

1.1. Una sociedad envejecida

Nos encontramos más allá del umbral de una «sociedad geriátrica de masas».¹ La tendencia social a nivel mundial es el envejecimiento de la población, un hecho multidimensional que produce efectos y plantea desafíos biomédicos, económicos, psicológicos, sociales, jurídicos y éticos. Por una parte, es un logro, reflejado en el número de personas con una esperanza media de vida superior a los 60 años, que se estima en 2.000 millones en el año 2050, más del doble de la cifra actual;² o en el aumento de la esperanza media de vida de los españoles, que alcanzará los 85,8 años en dicha fecha. Por otra, es una realidad ligada a consecuencias no deseables como enfermedades, discapacidad o la muerte.³

La gerontoglobalización, o ampliación cronológica de la vejez como último estadio de la vida a nivel global, ha producido un escenario de vejez multi-generacional, caracterizado por la presencia simultánea de al menos dos generaciones envejecidas, no siempre vinculadas por razones de parentesco, que genera una progresiva dependencia en el ámbito económico y una pluralidad de concepciones, experiencias y memorias vitales en el ámbito cultural⁴ que deben ser atendidas y reflejadas en los ámbitos ético, político y jurídico.

1.2. La persona anciana

Esta exigencia requiere constatar que la condición humana sintetiza dos rasgos aparentemente antagónicos: la autonomía y la dependencia. De una parte, el

ejercicio libre de nuestras capacidades, ampliando nuestro horizonte de posibilidades; de otra, la vulnerabilidad y la dependencia, y la búsqueda de apoyos para superar tal situación. La condición humana es frágil y biológicamente finita, pero las personas somos seres orientados a fines, capaces de deliberar y trazar planes para acomodar el mundo a nuestras necesidades y transformarlas en oportunidades de vida. Somos agentes, aunque sin dominio pleno de una vida que definimos a través de nuestras acciones y decisiones; y somos también seres que padecen y sometidos a la contingencia de lo que nos sucede, más allá de nuestra intervención y nuestro control.⁵

En consecuencia, todo ser humano, y no únicamente el anciano, es vulnerable y frágil, e intenta responder a sus limitaciones y necesidades mediante la acción, transformando sus carencias en posibilidades de vida. En este desarrollo no son importantes únicamente las capacidades o aptitudes personales, sino también las condiciones externas, materiales e institucionales, y un conjunto de afiliaciones significativas que hagan posible alcanzar y conservar nuestra condición de razonadores prácticos independientes,⁶ una independencia consciente de nuestra vulnerabilidad y fragilidad; una interdependencia reflexiva.

2. La vejez y la salud desde la perspectiva de los valores

2.1. El valor social de la persona anciana

Los valores están relacionados con la estructura y las características sociales, y cada sociedad y cada época han valorado de forma diversa a las personas ancianas. En general, en la civilización occidental la estimación social del anciano ha ido decreciendo, en favor de la juventud e incluso de la edad adulta. Las culturas primitivas y arcaicas atribuyeron al viejo la máxima autoridad política, social y cultural: los ancianos son los depositarios de la tradición y de las señas de identidad; son la memoria de la comunidad. La cultura clásica rebajó la consideración social del anciano: la decantación hacia la juventud se

explica porque la infancia y la ancianidad son etapas imperfectas, aquella por defecto y esta por exceso. La sociedad moderna, al otorgar primacía a la producción o al valor económico, simplifica la condición humana, equiparándola a la vida productiva (*Homo faber*) y valorando a la persona por lo que produce. En la medida en que el anciano no es considerado productor, esta concepción propicia su infravaloración y marginación sociales. Además, la asunción de un concepto ilusorio de autonomía y la identificación de la ancianidad con la incapacidad, la dependencia y la debilidad determinan una apreciación y una visión negativas de la persona anciana.

Nuestras sociedades contemporáneas no deberían percibir la ancianidad, sin más, como un proceso de decadencia, sino abordarla como otra etapa de la vida humana, con sus características y exigencias, a través de dos vías. La primera pretende invertir el abordaje de la ancianidad, concibiéndola como oportunidad en lugar de problema o deficiencia. La segunda subraya la condición de persona como dimensión central, con el consiguiente reconocimiento de su carácter único y su dignidad; y solo después atender a lo adjetivo, a la especificidad derivada de la edad y de otras circunstancias de salud y capacidad propias de dicha etapa.

2.2. La salud como valor

Cualquier vida humana satisfactoria necesita salud, un bien cuyo significado ha evolucionado a lo largo de la historia. Hoy no debe reducirse a su dimensión biomédica ni tampoco expandirse como la utópica definición de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.⁷

Tres objeciones se han opuesto a la definición de salud en clave de bienestar: epistemológica, pues remite a una idea platónica e idealista de salud y no a lo que las personas interpretan o experimentan como tal; política, ya que demanda un crecimiento inalcanzable de políticas públicas de prevención de la enfermedad y protección de la salud; y moral, en el sentido de moralización de la salud y culpabilización de los individuos por sus estilos de vida insanos y, por

ello, insolidarios;⁸ objeciones a las que cabe añadir una cuarta: jurídica, por la imposibilidad de lograr su garantía y realización a través del Derecho.

Por consiguiente, es necesaria una concepción de salud humana más equilibrada y realizable, como la nueva definición biopsicosocial de la OMS en términos de funcionamientos, capacidades y participación, resultado de la interacción del individuo y su entorno⁹ con el objetivo de lograr nuestros fines vitales. Y como la salud depende del contexto de la persona, la inequidad de salud se explica también a partir de los determinantes sociales de la salud; es decir, las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y el amplio conjunto de fuerzas y sistemas que configuran su vida diaria, entre ellos las políticas y sistemas económicos, las agendas de desarrollo, las normas sociales, las políticas sociales y los sistemas políticos.¹⁰ En consecuencia, acabar con las diferencias injustas y evitables relativas al estado de salud de las personas ancianas exige una redistribución justa de estos factores sociales, políticos y económicos.¹¹

3. La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de los deberes

La noción de salud como capacidad u oportunidad en el contexto de la comunidad debe orientar la definición de criterios de justicia adecuados para nuestras sociedades envejecidas. Además, debería permitir la interpretación correcta de las propuestas a nivel global de la Década del envejecimiento saludable (2021-2030),¹² y el cambio de percepción y modelo postulado para el ámbito europeo: en lugar de tomar como referencia las deficiencias asociadas a la vejez que generan necesidades y consumen recursos se propone un modelo más amplio basado en derechos que sirva, precisamente, para atender mejor tales necesidades. Para ello se parte del reconocimiento de la dignidad e individualidad de cada persona anciana, que experimenta su envejecimiento de forma diferente, en lugar de un enfoque de la ancianidad como un grupo social homogéneo, que conduciría a la polarización y afectaría al disfrute de los derechos.¹³

3.1. Vejez, salud y justicia

Recibir tratamientos y cuidados sociosanitarios de calidad y adecuados evitando una discriminación injustificada por razón de edad representa un primer principio o compromiso ético de la sociedad y los profesionales con el respeto y la protección de las personas ancianas. Tal compromiso ha de concebirse como un deber de justicia, no de beneficencia o solidaridad, y su fundamentación ha de ser coherente con la noción de salud anticipada. Además, debe completar la habitual reflexión sobre la justicia distributiva con la justicia como reconocimiento, en la que un cambio social o cultural en la estimación y apreciación del anciano puede modificar nuestro parecer sobre la asignación correcta de los recursos sociosanitarios. Finalmente, debe justificar la modificación de la perspectiva habitual de los deberes de cuidado.

Cuatro pilares sostienen una teoría de la justicia para el cuidado sociosanitario de las personas mayores, sin olvidar otras condiciones éticas básicas del cuidado que trascienden la justicia para el aumento de la estima social y la autoestima de la persona anciana y el logro de una etapa final de vejez digna y de calidad: el amor, el afecto o el acompañamiento gratuito asentados en vínculos personales y condiciones emocionales y afectivas son parte también de dichos cuidados.¹⁴

3.1.1. Las teorías del reconocimiento

La justicia como reconocimiento precede a la justicia como distribución, por lo que el primer pilar está constituido por las teorías del reconocimiento, que se desdoblán en dos dimensiones: 1) el reconocimiento subjetivo o individual, que requiere la identificación o conocimiento de uno mismo y de sus capacidades y atributos, y el posterior reconocimiento y aceptación mediante la autoconfianza, el autorrespeto y la autoestima; y 2) el reconocimiento intersubjetivo: ser reconocido por los demás es necesario para completar la propia identidad y reconocerse uno mismo, mediante tres niveles de reconocimiento recíproco: amor, reconocimiento jurídico y estima social, cuya negación o menosprecio plantean distintos problemas de justicia.¹⁵

El reconocimiento como cuestión de justicia se orienta a la dimensión del reconocimiento recíproco o intersubjetivo, y dentro de esta al reconocimiento jurídico, pues el reconocimiento individual y las otras formas de reconocimiento intersubjetivo, aunque influyen en el desarrollo y la aplicación del reconocimiento jurídico, no alcanzan su grado de exigibilidad. El modelo de reconocimiento basado en el estatus, que vincula el reconocimiento con la exigencia de paridad participativa y actúa como criterio normativo de evaluación de las injusticias desde una perspectiva social o institucional, resulta adecuado para garantizar la equidad o igualdad de todos los individuos.¹⁶

La prioridad del reconocimiento mejora la justificación de la distribución, pues posibilita la inclusión de todos en la determinación deliberativa de las condiciones de la justicia. Se refuerza así la participación y la representación, propia de la dimensión política de la justicia, entendida como cuestión de pertenencia social y oportunidad de intervenir como igual en los procesos públicos de argumentación y deliberación.¹⁷

3.1.2. El enfoque de las capacidades

La garantía de un modelo de cuidados de las personas mayores compatible con una vida digna debe atender a las distintas capacidades, articuladas en torno a la salud, definida ahora como la capacidad de una persona de alcanzar o ejercer un conjunto de actividades humanas básicas o un conjunto de capacidades y funcionamientos básicos o vitales.¹⁸

Esta noción de salud proviene del enfoque de las capacidades,¹⁹ que sostiene que la finalidad de cualquier intervención política, ética y jurídica no debe ser conocer el grado de satisfacción o bienestar, ni definirse por los bienes o recursos disponibles, ni primar directamente los funcionamientos en lugar de las capacidades, ya que aquellos señalan lo que la persona hace o es, y estas lo que la persona puede o es capaz de hacer y ser. La noción apropiada es la noción de capacidad (*capability*), cuyo objetivo es proporcionar a las personas los medios necesarios para elegir, actuar y tener una opción realista para poder elegir lo más valioso.

Las capacidades han de entenderse como capacidades combinadas, es decir, capacidades internas del individuo junto con condiciones externas adecuadas, y deben configurarse como posibilidades u oportunidades que dejan margen de libertad para que cada individuo defina y persiga su propia idea de bien en un contexto básico de igualdad de oportunidades –o capacidades–, y no de resultados –o funcionamientos–.

Las capacidades humanas básicas se han expresado mediante diez categorías, equiparables a derechos definitorios de una justicia social básica: 1) vida, 2) salud física, 3) integridad física, 4) sentidos, imaginación y pensamiento, 5) emociones, 6) razón práctica, 7) afiliación, 8) otras especies, 9) juego, y 10) control sobre el propio entorno, tanto político como material.²⁰

3.1.3. El enfoque de los funcionamientos seguros

Un complemento del enfoque de las capacidades –ya integrado como una mejora del mismo–²¹ proviene del enfoque de los funcionamientos seguros, según el cual no basta garantizar un determinado nivel de funcionamiento en el momento presente, sino que se ha de mantener la seguridad de la capacidad a lo largo del tiempo. Además, deben existir alternativas razonables y seguras de actuación, evitando la exposición a riesgos extremos o el sacrificio de otras capacidades o funcionamientos. En esto consiste una oportunidad genuina para un funcionamiento seguro (*genuine opportunity for secure functioning*).²²

Disponer de un número reducido de tales oportunidades origina una desventaja social que puede estar generada por deficiencias en tres factores: los recursos internos, los recursos externos y el marco o estructura social, que equivaldrían, respectivamente, a las capacidades internas y a las condiciones externas. Para eliminar tales desventajas se sugiere intervenir en la estructura o marco social a través de la mejora del estatus o posición social de las personas ancianas, en lugar de políticas orientadas a las mejoras personales o los recursos. Así, este enfoque se vincula con los dos anteriores: el enfoque de las capacidades y las teorías del reconocimiento.

Este enfoque añade nuevas categorías a la lista de capacidades humanas básicas, subrayando su dimensión normativa y conectándose con el cuarto pilar de

la fundamentación de la justicia. En concreto: 11) hacer bien a los otros, o ser capaces de cuidar a los demás y de expresar gratitud, 12) respetar y cumplir el Derecho, es decir, poder vivir dentro de los límites del Derecho, sin sentirse obligado a incumplir la ley, estafar, engañar o defraudar, y 13) comprender el Derecho, tanto las obligaciones y los derechos y facultades como las oportunidades que ofrece, lo que exige un sistema jurídico accesible e inteligible.²³

3.1.4. Una teoría política del cuidado

El carácter y el alcance de una teoría del cuidado están condicionados por un presupuesto antropológico y un presupuesto normativo: todos los seres humanos somos dependientes de otros para el desarrollo de nuestras capacidades; y, en razón de recibir cuidados, los individuos quedamos tácita y lógicamente obligados a cuidar a los otros.²⁴

El cuidado no puede entenderse como una mercancía o bien de consumo definido con criterios de mercado y únicamente al alcance de las personas que puedan pagarlo. Tampoco debe ser entendido solo como actitud, motivación o virtud, porque así podría quedar reducido a una cuestión de gratitud, generosidad y remitir su garantía solo al ámbito privado o familiar. Por tanto, y aun manteniendo su relevante dimensión privada, el cuidado debe ser concebido como una responsabilidad política que implica un conjunto de prácticas públicas y como un deber básico de justicia, exigible y merecido por todas las personas.²⁵

Desde esta concepción política es posible hablar de «derechos de cuidado», en concreto de un derecho a recibir cuidados; un derecho al cuidado, en el sentido de participar en relaciones de cuidado significativas para sus vidas; y un derecho a decidir cómo cuidar y ser cuidado, esto es, a tomar parte en la deliberación pública que define el significado de los derechos al cuidado.²⁶

3.2. Vejez, salud y derechos

Al identificar, enunciar y garantizar las condiciones básicas de una vida digna –vida, salud, libertad, intimidad, integridad, participación– en forma de pre-

tensiones justificadas y exigibles que van más allá del ámbito jurídico, los derechos se presentan como una vía adecuada para realizar o llevar a la práctica estas demandas de justicia en el cuidado sociosanitario de las personas mayores.

3.2.1. Las razones de un modelo de derechos

Los derechos son una categoría moral que expresa los bienes más valiosos para el conjunto de la sociedad. Son una categoría jurídica, incluida en las disposiciones jurídicas estatales de mayor rango, las Constituciones, y en las más relevantes disposiciones internacionales, siendo normas jurídicas aplicables y vinculantes para los poderes públicos y los ciudadanos. Y son, por último, una categoría política, en su condición de normas objetivas o institucionales: articulan la estructura del orden jurídico y de la comunidad política, orientan y delimitan la actuación de los poderes públicos, y representan el principal criterio de legitimidad en el ejercicio del poder.

La idoneidad normativa de un modelo de derechos se ratifica a la luz de sus rasgos: 1) la universalidad, pues los derechos se reconocen en razón de la condición de persona, sin otra exigencia, y reflejan y garantizan valores de forma universal; constituyen *universalia iuris materialis*, un elemento que ha de estar presente en todo sistema jurídico. Además de esta universalidad objetiva o de contenido, los derechos son universales desde un punto de vista subjetivo, tanto en relación con sus titulares (todas las personas) como en relación con sus destinatarios (eficacia *erga omnes*: individuos, grupos y poderes públicos);²⁷ 2) la validez moral; 3) el carácter fundamental; 4) la exigibilidad y 5) la prioridad confirman su idoneidad, reforzadas con dos rasgos adicionales: 6) el carácter prestacional, según el cual un derecho no funciona si solamente se reconoce, pues necesita medios y acciones positivas para su ejercicio, y 7) su doble dimensión: los derechos son facultades subjetivas o individuales que garantizan el ejercicio de nuestra libertad y, además, poseen la mencionada dimensión objetiva o institucional sin la cual la dimensión subjetiva decaería, ya que los derechos son el elemento estructural del orden jurídico y el fundamento de la comunidad política: en sentido negativo, como límites a la intervención de los poderes públicos que no pueden lesionar los derechos ni

desalentar su ejercicio; y en sentido positivo, como criterio orientador de su actuación, promocionando su ejercicio.

3.2.2. Un breve panorama de los derechos de las personas mayores

A nivel nacional, además del disfrute de todos los derechos que corresponden a cualquier persona, la Constitución española (1978) contiene un mandato específico de protección de los ciudadanos ancianos por parte de los poderes públicos con dos obligaciones principales: garantía de suficiencia económica y promoción del bienestar social (artículo 50).²⁸ A nivel comunitario europeo, el Tratado de la Constitución europea (2005) incluye una referencia a la solidaridad entre generaciones (artículo I-3, 3, apartado 2) y otra más concreta sobre los derechos de las personas mayores (artículo II-85).

A nivel internacional, el reconocimiento de derechos de las personas ancianas comenzó antes, dentro del denominado proceso de especificación de los derechos,²⁹ que implica una revisión del sujeto titular, pasando de ser un destinatario genérico –ser humano, ciudadano– a personas y clases de personas específicas en razón del sexo (mujer), edad (niño, anciano), circunstancias (discapacidad) o rol (consumidor, trabajador), con la finalidad de garantizar una libertad y una igualdad reales que no se lograban mediante aquellos derechos genéricos o generales.

Una mención semejante a la de nuestra Constitución aparecía ya en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Con todo, es en la segunda mitad del siglo xx cuando se desarrolla el mencionado proceso de especificación, destacando el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (ONU, 1982),³⁰ los Principios en favor de las personas de edad (ONU, 1991),³¹ el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (ONU, 2002).³² Las Naciones Unidas han continuado poniendo de relieve las deficiencias en la protección de los derechos de las personas mayores, en particular mediante el Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2012),³³ que señala diversas áreas: discriminación; capacidad jurídica e igual reconocimiento ante la ley; cuidados a largo plazo; violencia y malos tratos; acceso a recursos, trabajo, alimento y

vivienda; protección social y seguridad social; salud y atención al final de la vida; atención a discapacidades; educación y formación continua; participación en las decisiones y la vida política y cultural; y acceso a la justicia.

Todas estas iniciativas han impulsado la reflexión sobre la conveniencia de una Convención universal sobre los derechos y la dignidad de las personas mayores, a semejanza de las aprobadas respecto de las mujeres (1979), los niños (1989) o las personas con discapacidad (2006), iniciativa que sí se ha materializado a nivel regional con la Convención interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015).

4. Oportunidades para el cuidado sociosanitario de las personas mayores

4.1. Valores y derechos

A modo de recapitulación es posible enunciar los cuatro valores o bienes que expresa el modelo de los derechos. 1) Dignidad, que exige el reconocimiento de cualquier persona, también de la persona anciana, como valiosa por sí misma y merecedora de respeto; es decir, como un ser no intercambiable o sustituible por otro. La dignidad es incompatible con la instrumentalización, la cosificación, la mercantilización y la estigmatización de las personas. 2) Libertad, que implica presumir que toda persona es capaz de tomar y llevar a cabo decisiones, por sí misma de forma autónoma o con los apoyos adecuados. Se trata de permitir la elección individual, la participación en la vida social y la definición de un plan de cuidados, rechazando las actitudes paternalistas. 3) Igualdad, que impone evitar la discriminación por razón de edad y ofrecer una igualdad básica de oportunidades para desarrollar el propio proyecto de vida. 4) Justicia, que reclama dar a cada uno lo suyo como algo debido, y no como una concesión solidaria o como un acto de generosidad o compasión. Una justicia segura, atenta a la cronicidad, que se despliega en su doble dimensión, como reconocimiento y como distribución.

4.2. Derecho a una capacidad de salud segura...

Aquello que merece cada persona a lo largo de su vida, también en la etapa de la ancianidad, para un ejercicio continuado de sus capacidades, es el derecho a una capacidad de salud segura.³⁴ Su correcta aplicación parte de que no todos los derechos ni todas las exigencias de cuidado derivadas de ellos son iguales, siendo posible tal distinción a la luz de su fundamento, que permite ordenar dos momentos o dimensiones de la justicia. En primer lugar, la justicia como reconocimiento, que responde a la pregunta de quién participa como destinatario y decisor, asegurando la inclusión, consideración y participación de todos, entre ellos las personas mayores. Después, en segundo lugar, la justicia distributiva, para asegurar un adecuado reparto de bienes, recursos y prestaciones.

En consecuencia, hay que distinguir dos niveles de derechos y deberes respecto del cuidado sociosanitario. 1) Las *obligaciones básicas o nucleares*, que remiten a la justicia como reconocimiento y ensanchan el ámbito del cuidado a través del requisito de universalidad subjetiva de los derechos. En cuanto al contenido, esta dimensión básica no se limita al derecho a la asistencia sanitaria o social, pues la ausencia de salud no solo lesiona la integridad física a causa de la enfermedad, el sufrimiento o el dolor, sino que incluye también las situaciones de humillación y explotación que atentan contra la propia dignidad, fundamento de todos los derechos. En este nivel los Estados se obligan a respetar, proteger, cumplir, facilitar y asegurar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los elementos esenciales de la salud. 2) Un conjunto de *finés de realización progresiva*, que remite a la justicia distributiva y se traduce en derechos desarrollados legislativamente y dependientes del contexto socioeconómico y de las decisiones sobre la distribución en el marco del proceso político y la deliberación cívica para alcanzar el máximo nivel posible de salud.³⁵

4.3. ... en un sistema de salud sostenible...

Garantizar la atención de las necesidades básicas vinculadas a la salud conduce a un modelo de cuidado con objetivos de salud asequibles, accesibles y

sostenibles, resultado de un juicio razonable con una base técnica y una base política,³⁶ a través de la participación y deliberación públicas. Esta propuesta no pretende asegurar lo mismo a todas las personas ni evitar todas las desigualdades, sino garantizar lo suficiente, es decir, alcanzar un mínimo de capacidades y derechos³⁷ correlativos a las obligaciones básicas o nucleares (nivel 1), que coexiste con un conjunto de prestaciones y servicios de realización progresiva y dependientes de las decisiones de cada comunidad política (nivel 2). El objetivo de una distribución justa de las capacidades de salud de las personas mayores es la ampliación del conjunto de fines de realización progresiva y de sus destinatarios (nivel 2) o su conversión en obligaciones básicas o nucleares (nivel 1).

4.4. ... y un nuevo modelo de protección social

En una sociedad con una población de mayor edad, el modelo actual de protección social por dependencia, diseñado por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, no sirve para atender las necesidades de cuidado a largo plazo de las personas ancianas. La razón principal no es su suspensión por exigencia del cumplimiento de los objetivos de déficit público, sino el hecho de que sus prestaciones no formen parte del sistema de Seguridad Social, al ser propias de la asistencia social. Por ello, apoyándose en experiencias semejantes de nuestro entorno –Francia o Alemania– se ha sugerido aprobar una legislación específica de adaptación de nuestra sociedad al envejecimiento que considere las necesidades de cuidado de las personas mayores como una situación de necesidad específica al amparo de la acción protectora de la Seguridad Social –a modo de nueva contingencia por nuevo riesgo social–, financiando sus prestaciones por vía de cotizaciones sociales, como las restantes y clásicas prestaciones de la Seguridad Social. Esta solución no solo ofrecería más seguridad y bienestar a las personas mayores beneficiarias, sino que serviría para crear numerosos puestos de trabajo especializados³⁸ y ofrecer una respuesta más justa a la vejez desde la perspectiva sociosanitaria.

Así se ha hecho en la Carta Social Europea del Consejo de Europa a partir del Protocolo Adicional de 1988 y de la revisión de 1996. A nivel global, una

aspiración semejante aparece en el Informe mundial sobre envejecimiento (OMS, 2015), que propone un enfoque diferente del envejecimiento de la población, presentando los gastos en las personas mayores como inversiones que facilitan su bienestar y sus contribuciones en lugar de gastos, para mantener y fortalecer las capacidades en todo el curso de la vida. Cuatro son las esferas de acción prioritarias: adaptar los sistemas de salud a poblaciones de edad; crear sistemas de cuidados a largo plazo; diseñar entornos amigables con las personas mayores; y mejorar la medición, supervisión y comprensión.³⁹

Notas

1. The President's Council on Bioethics. Taking Care. Ethical caregiving in our aging society. Washington, D.C.: The President's Council on Bioethics; 2005. Disponible en: https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/reports/taking_care/. Consulta: 15 de febrero de 2023.
2. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/>. Consulta: 15 de febrero de 2023.
3. Sánchez Morales MR. Tendencias de envejecimiento en España en el contexto europeo e impactos sociales. En: Romeo Casabona CM, coord. Tratado de Derecho y envejecimiento. La adaptación del Derecho a la nueva longevidad. Madrid: Wolters Kluwer. Fundación Mutualidad Abogacía; 2021. p. 5-28.
4. Dabove MI. El derecho de la vejez y la Constitución española. En: Romeo Casabona CM, coord. Tratado de Derecho y envejecimiento. La adaptación del Derecho a la nueva longevidad. Madrid: Wolters Kluwer. Fundación Mutualidad Abogacía; 2021. p. 29-70.
5. Nussbaum MC. La fragilidad del bien. Fortuna y ética en la tragedia y la filosofía griega. Madrid: Visor; 1995.
6. MacIntyre A. Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes. Barcelona: Paidós; 2001.
7. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1946.

- Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>. Consulta: 15 de febrero de 2023.
8. Camps V. Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética. Barcelona: Ares y Mares; 2001: 98-102.
 9. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid. OMS. OPS. IMSERSO; 2001. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf. Consulta: 15 de febrero de 2023.
 10. Organización Mundial de la Salud-Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud (Informe final). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf. Consulta: 15 de febrero de 2023.
 11. Puyol A. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. Gaceta Sanitaria. 2014; 26(2):178-181, 179. Fernández Ruiz-Gálvez E. La salud como capacidad global y el reto de la equidad. Derechos y Libertades. 2019; 41:83-115.
 12. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>. Consulta: 15 de febrero de 2023.
 13. European Agency for Fundamental Rights. Shifting perceptions: towards a rights-based approach to ageing; 2018. Disponible en: <https://fra.europa.eu/en/publication/2018/shifting-perceptions-towards-rights-based-approach-ageing>. Consulta: 15 de febrero de 2023.
 14. Held V. The ethics of care: personal, political, and global. Oxford: Oxford University Press; 2006.
 15. Honneth A. La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales. Barcelona: Crítica; 1997. Honneth A. Redistribución como reconocimiento: Respuesta a Nancy Fraser. En: Fraser N, Honneth A. ¿Redistribución o reconocimiento? Un debate filosófico-político. Madrid-A Coruña: Morata-Fundación Paideia Galiz; 2006. p. 89-148.
 16. Ricoeur P. Caminos del reconocimiento. Tres estudios. Madrid: Trotta; 2005. p. 15-31, 253 ss.
 17. Fraser N. La justicia social en la era de la identidad: Redistribución, reconocimiento y participación. En: Fraser N, Honneth A. ¿Redistribución o reconocimiento? Un debate filosófico-político. Madrid-A Coruña: Morata-Fundación Paideia Galiza; 2006. p. 17-88. Fraser N. Escalas de justicia. Barcelona: Herder; 2008.
 18. Venkatapuram S. Health justice. An argument from the capabilities approach. Londres: Polity; 2011.
 19. Sen A. Desarrollo como libertad. Barcelona: Planeta; 2000. Nussbaum MC. Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión. Barcelona: Paidós; 2007. Nussbaum MC. Crear capacidades. Propuestas para el desarrollo humano. Barcelona: Paidós; 2012.
 20. Nussbaum MC, Levmore S. Envejecer con sentido. Conversaciones sobre el amor, las arrugas y otros pesares. Barcelona: Paidós; 2018.
 21. Nussbaum MC. Crear capacidades (nota 19).
 22. Wolff J, De-Shalit A. Disadvantage. Oxford: Oxford University Press; 2007. p. 37, 74.
 23. Wolff J, De-Shalit A. Disadvantage (nota 22): 50 ss.
 24. Engster D. The heart of justice. Oxford: Oxford University Press; 2007.
 25. Tronto J. Caring democracy. Markets, equality, and justice. Nueva York: New York University Press; 2013. Camps V. Tiempo de cuidados. Otra forma de estar en el mundo. Barcelona: Arpa; 2021. p. 70 ss.
 26. Tronto J. Caring democracy (nota 25): 153 ss.
 27. Alexy R. La institucionalización de la justicia. En: Seoane JA, ed. Granada: Comares; 2016. p. 59-65.

28. Artículo 50 CE: «Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio».
29. Bobbio N. El tiempo de los derechos. Madrid: Sistema; 1991.
30. Disponible en: <https://www.un.org/es/conferences/ageing/vienna1982>. Consulta: 15 de febrero de 2023.
31. Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución aprobada por la Asamblea General A/RES/46/91, de 16 de diciembre. Ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas. Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad; 1991. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>. Consulta: 15 de febrero de 2023.
32. Disponible en: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>. Consulta: 15 de febrero de 2023.
33. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G12/420/74/PDF/G1242074.pdf?OpenElement>. Consulta: 15 de febrero de 2023.
34. Seoane JA. El derecho a una capacidad de salud segura. *Ius & Scientia*. 2016; 2(2):42-52.
35. Comité de derechos económicos, sociales y culturales. Observación general N°14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Ginebra: Naciones Unidas; 2000. Eleftheriadis P. A right to health care. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2012; 40(2):268-285.
36. Callahan D. Taming the beloved beast. How medical technology costs are destroying our health system. Princeton NJ: Princeton University Press; 2009. p. 144, 158, 163-170.
37. Frankfurt Harry G. Sobre la desigualdad. Barcelona: Paidós; 2006. Nielsen L, Axelsen DV. Capabilitarian sufficiency: capabilities and social justice. *Journal of Human Development and Capabilities*. 2017; 18(1):46-59.
38. Carril Vázquez XM. Argumentos de Derecho internacional justificadores de que la legislación española tenga que adaptarse al envejecimiento de la población para proteger a las personas mayores con un sistema de atención (o de cuidados) a largo plazo. En: Vicente Palacio MA, coord. Estudios sobre Seguridad Social. Barcelona: Atelier; 2017. p. 127-141.
39. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Consulta: 15 de febrero de 2023.

Charo Azcutia Gómez

Directora de Continuidad Asistencial, Hospital Universitario
12 de Octubre

1. Introducción

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el proceso y resultado de daños moleculares y celulares que provocan la disminución progresiva de las capacidades físicas y mentales, mayor riesgo de enfermedad y finalmente la muerte.

Sin embargo, no hay una única manera de envejecer. Estos cambios son muy variables entre las personas y no es una cuestión de azar: hay un componente genético, pero en gran medida se debe a los entornos físicos y sociales, puesto que influyen en sus oportunidades y sus hábitos relacionados con la salud.

La edad es un eje de desigualdad en salud que interactúa con el contexto socioeconómico y político.

Además, el envejecimiento suele estar asociado a otras transiciones vitales, como la jubilación, cambios de domicilio a viviendas más apropiadas y pérdida del entramado social de amigos y/o parejas.

Todo ello hace que la vejez deba ser vista, en mi opinión, desde una perspectiva sociosanitaria, independientemente del tipo de gobernanza que se establezca entre ambos sistemas: el sanitario y el social. Modificaré por tanto mis argumentaciones en el texto respecto del título del capítulo hacia esa doble mirada.

Y aunque estoy en la introducción del capítulo, ya respondo a la cuestión planteada en el título asegurando que la vejez desde la perspectiva sociosanitaria es a la vez necesidad real y demanda inducida por la sociedad en general, los medios de comunicación y el propio sistema sanitario y social.



Fuente: Ministerio de Sanidad.

Paso a justificar mis argumentos.

El envejecimiento de nuestras sociedades es un claro caso de éxito. Las denominadas transiciones demográficas y epidemiológicas reflejan cómo nuestras poblaciones –en todos los países del mundo, aunque cada uno a un ritmo relacionado en general con su ubicación demográfica– aumentan su esperanza de vida media y con ella se modifican las patologías más prevalentes.

Según datos de la OMS de octubre de 2022:

- Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%.
- En 2020, el número de personas de 60 años o más superó al de niños menores de cinco años.
- El ritmo de envejecimiento de la población es mucho más rápido que en el pasado.

- En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.
- Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas de salud y de asistencia social estén preparados para afrontar ese cambio demográfico.

Está claro, por tanto, que es necesaria una respuesta a un hecho real que es el envejecimiento.

La Asamblea de las Naciones Unidas declaró el período 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable. La Asamblea insta a la OMS a liderar su puesta en práctica.

Esta estrategia, además, es un apoyo para el cumplimiento de la Agenda 2030 y la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.

El envejecimiento saludable consiste en desarrollar y mantener a edades avanzadas la capacidad funcional que hace posible el bienestar. La capacidad funcional viene determinada por la capacidad intrínseca de una persona (es decir, por la combinación de todas sus capacidades físicas y mentales), por el entorno en el que vive (entendido en su sentido más amplio e incluyendo el entorno físico, social y político) y por las interacciones entre ambos.¹

El objetivo de esta década es reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades. Las propuestas para su desarrollo se exponen a través de la acción colectiva en cuatro ámbitos:

- cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar en relación con la edad y el edadismo;
- desarrollar las comunidades de forma que se fomenten las capacidades de las personas mayores;
- proporcionar acceso a la atención a largo plazo a las personas mayores que la necesiten; y
- prestar servicios de atención integrada y atención primaria de salud centrados en la persona, que respondan a las necesidades de las personas mayores.

Pero si bien está claro que la atención sociosanitaria es una necesidad, también las demandas al respecto están inducidas por los valores propios del momento que nos ha tocado vivir: la sobrevaloración de la juventud, la belleza física como sinónimo de ser joven, algunos estereotipos asociados al envejecimiento como la enfermedad, la «desgracia» de envejecer, la inutilidad, la improductividad, la decadencia intelectual... Todo ello lleva a una necesaria invisibilidad del envejecimiento y a un intento de retrasar de manera artificial el paso de los años.

Y seguimos en nuestros sistemas sociosanitarios sin preguntar, sin explorar a los auténticos protagonistas: las personas más mayores.

Continuamos hablando de sistemas centrados en las personas, sin preguntarles a ellas.

Con este objetivo, contacté con la Fundación Edad & Vida, entidad que desde el año 2000 trabaja para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Ellos me pusieron en contacto con la presidenta de la Unión Democrática de Pensionistas. Esta es una de las organizaciones más antiguas y representativas del colectivo de personas jubiladas y pensionistas de nuestro país puesto que lleva trabajando desde 1976.

Cristina Rodríguez-Porrero, en una mesa coloquio sobre «Retos y soluciones sociales al envejecimiento», hace referencia a las necesidades de los mayores, y las describe claramente con el A, B, C y D que se desglosa seguidamente:

- Autonomía.
- Bienestar: social, económico, participativo, espiritual...
- Cuidados cuando los necesitamos.
- Dignidad y derechos.

Paso a continuación a describir cómo desde los servicios sociosanitarios estamos dando o no respuesta a estas necesidades y cómo podríamos hacerlo. Pongo el enfoque más en las tres primeras, valorando que en otros artículos del monográfico se pondrá el foco de una manera más extensa en los conceptos de dignidad y derechos.

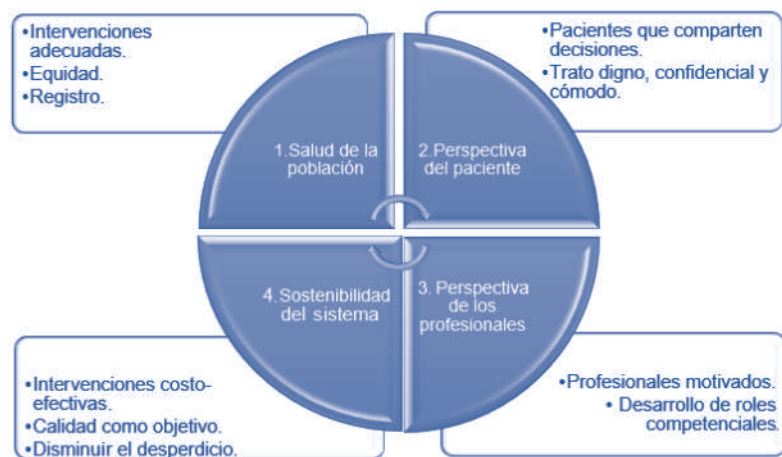
2. Autonomía

El edadismo es la discriminación (cómo actuamos) en función de la edad. Está claramente condicionado por los prejuicios y estereotipos presentes en la sociedad. No somos conscientes de cómo afectan a la salud y el bienestar de las personas mayores... y los profesionales sociosanitarios no somos ajenos al edadismo.

Así, frecuentemente y sobre todo los médicos, optamos por el principio de beneficencia en nuestras atenciones sanitarias con las personas de más edad, anteponiendo lo que el profesional de la salud considera que es bueno, sin facilitar dicha autonomía.

También es cierto que buena parte de las personas mayores y sus familias a veces prefieren delegar la responsabilidad en los profesionales.

Desde hace en torno a una década, los marcos conceptuales de muchos sistemas sanitarios se basan en lo que se denomina la cuádruple meta.^{2,3}



El punto 2, dentro de lo que se considera la perspectiva del paciente, incluye indicadores de seguimiento que se están implementando en muchos países,

conocidos como los Patient Outcome Reported Measure (PROM) y los Patient Experience Reported Measure (PREM).

Un factor importante a la hora de fomentar la autonomía de los pacientes mayores sería incluir en nuestra práctica diaria las decisiones clínicas compartidas en cualquier contacto con el sistema sociosanitario, pero sobre todo en aquellas circunstancias de especial gravedad que se prevea puedan desencadenar otras actuaciones secuenciales hacia y en el final de la vida.

Así, es fundamental la formación en entrevistas con metodología interpretativa que nos acerquen a la manera de ver las cosas de los pacientes:

- ¿Qué es más importante para usted?
- ¿Qué es lo que más le preocupa?

Son imprescindibles las explicaciones fundamentadas, con un lenguaje comprensible, para compartir las decisiones relativas al diagnóstico o tratamientos.

Estas preguntas se complementan con otras dirigidas en los últimos momentos de la vida que se recogen en el libro de Atul Gawande:⁴

- ¿Qué ha entendido usted sobre lo que le han dicho del pronóstico de su proceso?

Si le digo que le queda poco tiempo,

- ¿Qué es lo que más le preocupa? ¿Qué cosas piensa que le quedan por hacer?
- ¿Qué es innegociable para usted en este proceso que ahora viene? ¿Qué estaría dispuesto o dispuesta a negociar?

Si por ejemplo empeora,

- ¿Cuál es su prioridad?
- ¿Quién quiere que tome las decisiones si llega un momento en que usted ya no puede?

Debería potenciarse el uso del testamento vital y las voluntades anticipadas de manera precoz a fin de favorecer la «autonomía diferida» llegado el momento.

En cualquier caso, si el paciente no estuviera en condiciones es primordial la implicación de los familiares y/o amigos.

3. Bienestar

La OMS define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Aunque esta definición es revisable por ser ciertamente a máximos, está aceptada.

Debido a sus avances objetivos y la superespecialización, la medicina actual se ha medicalizado en exceso.

Hay incluso una tendencia a tratar los riesgos con medicamentos o tecnología, dedicándose un menor esfuerzo a modificar hábitos, factores ambientales o socioeconómicos.

Aparecen con objeto de cumplir la definición de salud mencionada más arriba, y se conocen con el término de «sobrecarga de tratamiento» y/o «encarnizamiento terapéutico», prácticas que podrían evitarse sin duda si hubiésemos hecho efectivo el punto A, de Autonomía.

La sobrecarga de tratamiento es el impacto que «el trabajo de ser un paciente» tiene sobre la calidad de vida y el bienestar funcional de las personas.

Investigadores de la Universidad de París cuantificaron la sobrecarga potencial en los pacientes con tres enfermedades crónicas que, para cumplir con las Guías de Práctica Clínica, tendrían que tomar entre seis y trece medicamentos, acudir a 1,2-5,9 visitas al mes y, además, dedicar una media de 49,6-71 horas mensuales a atender las demandas sanitarias.

Surge así la medicina mínimamente disruptiva del doctor Montori. Como es evidente, aparece como una respuesta a esta sobrecarga de tratamiento en los pacientes crónicos y ancianos, en los que es más frecuente su aparición.

Al respecto, en mayo de 2009 se publicó en el *British Medical Journal*⁵ la necesidad de esa otra medicina y desde entonces no ha dejado de desarrollarse y buscar modificaciones.

Podría definirse como «la atención sanitaria diseñada para conseguir objetivos de mejora de salud en pacientes con diversas patologías crónicas dejando la mínima huella posible en sus vidas. Para conseguirlo, pacientes y médicos deben tomar decisiones de manera conjunta sobre cuáles son los tratamientos que mejor se ajustan a la forma de ser y de vivir del paciente».

Dentro del apartado del Bienestar ocupa hoy en día un lugar especialmente importante la situación de soledad no deseada.

La soledad es una auténtica epidemia en cuanto a cifras se refiere que se manifiesta fundamentalmente en las grandes ciudades. El abordaje de este fenómeno que tanto impacto negativo está teniendo en la salud de la población mayor pasa por favorecer las redes informales de apoyo: por ejemplo, las desarrolladas en Madrid durante los años 2018-2019 a través del Proyecto Piloto de prevención de soledad no deseada, medidas que forman parte de la «Estrategia Madrid: una ciudad saludable».⁶

Proyectos similares se están implementando en todo el Estado, formando parte también de las estrategias sociosanitarias de la OMS.

4. Cuidados

Finalmente, lo que nos pide la gente más mayor es que les cuidemos, sea cual sea el profesional de la salud implicado (incluyendo los no sanitarios).

La inmensa mayoría de los cuidados son de carácter informal, procurados habitualmente por familiares, sobre todo por parte de mujeres.

Lo que nos piden nuestros mayores es que el sistema sociosanitario les ofrezca el cuidado que más se adapte a sus preferencias y necesidades. Estos conceptos se relacionan claramente con los puntos anteriores, pero podemos incluir un aspecto muy relevante que es el dónde y con qué modelo.

En general, las personas prefieren estar en su domicilio siempre que se pueda.

Para ello es fundamental la existencia de una atención primaria potente, organizada y flexible. En concreto es esencial el trabajo de las enfermeras en los

centros de salud, pero muy especialmente en el domicilio de los pacientes, realizando atención y prevención de deterioros físicos y cognitivos.

Además, debería existir una coordinación con:

- entidades como los ayuntamientos y programas como los descritos en el punto anterior;
- los hospitales, a fin de evitar los ingresos no necesarios, que sabemos que deterioran y empeoran la calidad de vida y el pronóstico de esta;
- los servicios sociales, para elaborar de manera conjunta planes individualizados de atención; y
- las residencias.

Respecto a estas últimas, como consecuencia de la pandemia, el modelo de residencia está en proceso de revisión.

Aunque las residencias son domicilios, está claro que la mayor comorbilidad de los residentes obliga a disponer de algunos productos sanitarios y profesionales de la salud con un enfoque hacia los cuidados personalizados. Hay mucha discrepancia en la necesidad o no de medicalizar las residencias.

En los países nórdicos –y con cada vez más presencia en el nuestro– se están implementando modelos que favorecen espacios comunes de convivencia y autonomía con cocinas compartidas, por ejemplo, y zonas privadas. Con el establecimiento de redes sociales evitaríamos la soledad no deseada y tendríamos la posibilidad de ir aumentando gradualmente los cuidados más profesionales si se precisaran en el tiempo.

Notas

1. OMS. Decade of Healthy Ageing 2020-2030.
2. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim care, health, and cost. *Health Affairs*. 2008; 27(3):759-769.
3. Bohenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim. *Care of the Patient*. *Annals of Family Medicine*. 2014; 12(6):573-576.

4. Gawande A. *Being Mortal*. McMillan; 2014.
5. *MJ* 2009; 339 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.b2803> (publicado el 11 de agosto de 2009).
6. Ayuntamiento de Madrid. Proyecto Estratégico para la prevención de la Soledad No Deseada. Madrid Salud; 2021.

**A propósito de un caso: el
papel de la sanidad en las
residencias de ancianos**

La atención sanitaria en residencias, un primer paso necesario

Juan Manuel Pérez-Castejón Garrote

Jefe de Estudios de la Unidad Docente en Badalona Serveis Assistencials

El 21 de julio de 2022 el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, en la reunión del Consejo Territorial de Servicios Sociales (CTSS), acordó un nuevo modelo de atención residencial a las personas mayores y con discapacidad. Es ciertamente un sector en el que la falta de financiación y el conflicto de competencias entre diferentes Administraciones ha lastrado su desarrollo durante los últimos años.

Tanto la OMS como la Unión Europea han instado a España a avanzar hacia un modelo de cuidados de larga duración que incremente los derechos de las personas con más dependencia y carga de enfermedad crónica y que esté basado en una atención de base más comunitaria, más domiciliaria y menos institucional. En definitiva, dirigida a que los centros se parezcan más a un hogar, que se transformen.

Con una verdadera atención centrada en la persona, con centros libres de sujeciones donde se desarrolle una planificación avanzada y planes terapéuticos individualizados.

Con un aumento de ratios de personal y más centrados en la calidad de vida. Por tanto, con una propuesta de salto cualitativo evidente. Esta iniciativa, obviamente, implica un compromiso real de los Gobiernos dado que es un modelo mucho más caro.

A su vez, históricamente, el sector de la dependencia adolece de unas condiciones laborales muy precarias y necesita una importante inyección de recursos. España dedica al sector un 0,74% del PIB, mientras que la media de la Unión Europea es del 1,75 del PIB y del 2,5% en los países más ricos. Que se plantee un nuevo modelo es una buena noticia, pero ello implica un

compromiso político y social real y de gran calado para posibilitar las reformas necesarias.

Hacia un nuevo modelo: aprovechar la experiencia

A pesar de la dureza de las experiencias y las vivencias producidas por la COVID-19 quizá algunas de ellas puedan servir para mejorar y encarar el futuro con mejores garantías. El sector sufrió una crisis de elevadísimo impacto, pero consiguió seguir adelante.

Es preciso no olvidar otros factores también relacionados con el ámbito residencial que a menudo se obvian: en concreto, la salud mental y la discapacidad. Puede ser útil también recordar las teorías psicológicas de los patios abiertos y los patios cerrados, así como la literatura académica de los últimos treinta años de autoras como la doctora Barenys, que ya hace décadas nos avanzaba el futuro.

El doctor Atul Gawande, en *Ser mortal (Being mortal)*, nos recuerda la historia del desarrollo de las residencias en Estados Unidos y posteriormente en Europa. Esta historia tiene mucho que ver con el desarrollo de los hospitales modernos, el cierre de los antiguos asilos y la necesidad de instituciones hospitalarias que pudieran liberar camas y acoger así estancias de pacientes más largas.

De resultas, nacieron las Nursing Home, que se desarrollaron en Estados Unidos sobre todo a partir de los años sesenta y en paralelo, progresivamente, en Europa.

En su obra *Elderhood*, la doctora Louise Aronson, citando a Albert Einstein, escribe: «cuando hacemos que los datos sean todo lo que importa, a menudo contamos lo que se puede contar en lugar de lo que cuenta».

En este y en otros puntos de este artículo quisiera referirme a la necesidad de dialogar con todos los agentes implicados para tratar de comprender lo que pasó y mejorar así de cara al futuro. Los grupos focales con familiares residentes y profesionales pueden llegar a ser o tener también un papel terapéutico.

Es innegable que el sector de las residencias es un elemento tractor de la economía que necesita menos paternalismo y más autonomía, también desde la gobernanza. No tan enfocado en la enfermedad y más multidimensional. Con la idea de romper los espacios basados en los ámbitos hospitalarios para hacerlos más parecidos al hogar. En este sentido es imprescindible la comunicación con los activos comunitarios.

Y es que estamos hablando de prácticamente 61.000 plazas residenciales en 1.000 centros y 75.000 profesionales dedicados solo en Cataluña (384.521 plazas en España y 5.567 centros residenciales).

Envejecer depende de mucho más que de la sanidad

Con esta frase arrancó el doctor José Augusto García Navarro, presidente de la Sociedad Española de Geriátrica, una comparecencia en el Parlament de Catalunya. En ella también comentaba que envejeces mucho mejor si no eres pobre y si no estás solo. La soledad no deseada implicará con toda seguridad la aparición de problemas de salud. No hay que obviar el curso vital y es cierto que muchas de las cosas que nos pasan en los segundos cincuenta años de la vida tienen que ver con lo que ha pasado en los primeros cincuenta.

La edad es hoy un nuevo estado social y puede ser incluso discriminatoria. Está demostrado que viven más las personas con mejor nivel educativo. Como saben muy bien nuestros compañeros y compañeras de atención primaria, el código postal a veces tiene más importancia que el código genético.

Debemos estar también atentos a la investigación, pues el envejecimiento biológico se está situando como una nueva frontera terapéutica y eso es algo que las compañías farmacéuticas tienen en su diana.

A un nivel más global el envejecimiento debería ser una prioridad en el resto de las políticas, y las estrategias preventivas deberían potenciar o mantener que podamos mantenernos más años jóvenes y no simplemente buscar la longevidad. Es necesario también definir mejor cuál será el papel de la tecnología y de qué manera podrá facilitar que podamos vivir más tiempo en casa.

A este respecto, para evitar la soledad no deseada podría ser de gran ayuda detectar riesgos, facilitar la toma de medicamentos y su seguimiento. En este sentido, la inteligencia artificial y el Big Data también pueden ayudar a avanzar en la predicción de eventos de salud.

Ahora bien, ¿cómo debe cambiar el apoyo que se brinda a las personas cuando ni siquiera somos capaces de dar ayudas para adaptar los hogares?, ¿cómo envejecer en casa si no se prepara el hogar? Sin embargo, hay otros aspectos más oscuros relacionados con el envejecimiento: una de cada seis personas mayores, por ejemplo, padece abuso económico. Frente a otras opiniones más liberales, los copagos para acceder a servicios parcialmente financiados por la Ley de Dependencia están absolutamente al límite. Por tanto, oportunidad y problema, pues en Europa faltan un millón de profesionales para dedicarse al sector que además deben formarse.

Papel de la sanidad versus papel de la sociedad

Parece claro que las residencias no han acabado de ser hogares. La infrafinanciación pública tampoco lo ha facilitado, junto con una excesiva sectorización de la atención social y sanitaria que en el caso de las residencias implica un alto grado de complejidad. A ello se suman otros problemas diversos como, por ejemplo, una gran inequidad retributiva en el nivel profesional. Las propuestas de futuro se deben basar en los derechos y preferencias de las personas mayores, así como en su diversidad.

La pandemia ha puesto en evidencia muchas deficiencias del modelo de atención y específicamente del modelo de atención sanitaria en las residencias: atomizado y heterogéneo, con profesionales de muy distintos niveles de formación en lo que hace referencia a la atención médica. Salvo algunas excepciones, con gran lejanía respecto de la comunidad y de la atención primaria.

La situación vivida ha provocado reacciones por parte de los familiares afectados hacia la judicialización. Cabe señalar que las medidas tomadas condicionaron la vida de las personas residentes y que para muchas de ellas el tiempo

cobra otra dimensión. Ese tiempo que no han podido vivir acompañadas de sus personas queridas es un intangible. En muchos casos la muerte no era lo más importante. Recibirla en soledad, sí. Quizá la mediación frente a la judicialización pudiera ofrecer una puerta a la esperanza para corregir errores y ayudar a cicatrizar las heridas.

Iniciativas en Catalunya: el estudio Resicovid

Un grupo de investigadores han diseñado y participado en un estudio liderado desde la Universitat de Vic en el que han colaborado numerosas residencias de Catalunya.

Han objetivado el problema de la disminución de las ratios en las residencias geriátricas respecto a las de salud mental. Tres de cada cuatro trabajadores son mujeres, al igual que tres de cada cuatro residentes.

Las personas que viven en residencias tienen una alta carga de comorbilidad y dependencia: un 70% padecen incontinencia vesical y un 50% incontinencia fecal. La edad media de las mujeres es de 86 años –el 76% de los residentes– y la de los hombres de 83, con mucha complejidad y carga de enfermedad: un GMA de 85%, es decir de riesgo alto o muy alto. Con un 46% de demencia como diagnóstico principal, una media de doce fármacos de ingesta diaria y una mortalidad anual del 20%. Muchas personas viven en las residencias el último o los dos últimos años de su vida.

El malestar emocional posterior a la pandemia es sistémico tanto entre los profesionales como entre las direcciones, familiares y residentes. El vínculo comunitario es muy deficiente y a pesar de la apuesta por modelos de atención centrados en la persona son de difícil aplicación a nivel organizativo.

El elevadísimo índice de rotación de personal y la precariedad del empleo ponen de manifiesto la necesidad de una formación permanente.

Las secuelas en la salud mental a causa de las experiencias vividas en la pandemia son persistentes en el tiempo, especialmente para los trabajadores y familiares.

Afortunadamente la llegada de las vacunas, la actualización y el cambio en la atención sanitaria que se estableció después de las primeras olas han sido elementos positivos y necesidades que se han empezado a corregir.

Este estudio ha objetivado que proporcionar un espacio para dialogar puede aportar efectos muy positivos de cara a un modelo de futuro más sólido, más consistente y más abierto a la diversidad.

La Administración sanitaria debe garantizar el derecho a una atención sanitaria de calidad y asegurar el soporte efectivo y la cobertura de la atención primaria o de los sistemas alternativos y de apoyo que sean necesarios con realismo y eficacia.

La visión desde la sociología que también aporta el estudio hace evidente que esto no es solo un problema de sanidad. Es necesario paliar la soledad, así como redefinir los roles para garantizar la comunicación. En este sentido, fue esencial la aportación de la tecnología, las iniciativas de los propios profesionales –que incluso facilitaron los encuentros telemáticos con sus propios teléfonos móviles–, las cartas, el papel de los estudiantes, la irrupción de las tabletas... es decir todo aquello que pueda contribuir a disminuir el aislamiento, vigilando también los posibles efectos adversos que los medios tecnológicos puedan aportar.

En los peores momentos de la pandemia la relación entre sanidad y servicios sociales estuvo excesivamente basada en la facilitación de soporte documental que se sucedía sin a veces demasiada lógica y con poca comunicación en temas importantes. Abundantes procedimientos y pocos contenidos, y con frecuencia duplicados y contradictorios.

El estudio también evidencia las carencias que padecían las residencias en cuanto a material y preparación. La excesiva culpabilización de las residencias sin considerar que hubo muchísimos profesionales que con escasos medios pusieron en riesgo su salud para cuidar de las personas que atendían. A todo ello no ayudó un discurso basado en las cifras y mucho menos en la calidad.

Cabe decir que en la primera ola hubo una gran infradetección de la COVID-19 y que se calcula que aproximadamente la incidencia acumulada ha sido del 98% para los residentes, con una mortalidad de 10.000 personas en Catalunya.

La letalidad en esa primera ola fue de un 40%, mientras que en la sexta, con la llegada de las vacunas, aquella cayó a un 2%. Este exceso de mortalidad se ha visto absolutamente variado por la vacunación, y de ahí que se haya experimentado un cambio tan notable con respecto a las primeras olas, y sobre todo a partir de la cuarta, con entornos de cobertura vacunal prácticamente superiores al 90%. Cabe resaltar que falleció la gente más delicada y con más comorbilidades, lo cual pasa también más allá de la COVID-19.

Oportunidad

Los documentos de consenso entre las sociedades científicas y los agentes sociales ponen de manifiesto la necesidad de replantear el modelo de atención sanitaria en el ámbito residencial distinguiendo esta condición de la sanitización de las residencias geriátricas que al final implicaría una mayor medicalización e institucionalización de la vejez.

Este es en definitiva un momento para repensar el modelo a fin de innovar, transformar y mejorar la capacidad de respuesta, siendo muy cautos con las respuestas reactivas.

Este debate –que sigue abierto– no puede obviar las necesidades complejas en el ámbito de la atención domiciliaria, pues muchas personas mayores quieren poder envejecer en su entorno y en su domicilio y necesitan ayuda para hacerlo.

La COVID-19 ha supuesto un evento global extremadamente severo que ha tenido efectos catastróficos para muchas personas. En 2020, la Societat Catalana de Geriatria (SCGIG), junto con la Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya (FATEC) y la Fundació iSocial, elaboró un posicionamiento conjunto para un debate abierto y urgente sobre el nuevo modelo de atención de larga duración y residencial en esta comunidad autónoma.

Dicho posicionamiento contiene diez principios básicos que dicho modelo debería considerar. De manera muy resumida, serían los siguientes:

1. Una mirada amplia desde la prevención hasta el final de la vida.
2. Incorporar a las personas mayores y cuidadores, otorgándoles un papel central y próximo en la comunidad.

3. Facilitar vivir en el hogar.
4. Personalizar las intervenciones.
5. Desarrollar alternativas al entorno residencial próximas al domicilio.
6. Atención colaborativa y compartida entre el mundo sanitario y social, es decir una atención integrada real. Garantizar la continuidad por parte de la atención primaria, aprovechando también la experiencia de los equipos expertos en geriatría y cuidados paliativos como soporte durante las crisis.
7. Debate conjunto entre todos los ámbitos responsables.
8. Mejorar las competencias y el reconocimiento de cuidadores y profesionales.
9. Incorporar las tecnologías como herramientas de soporte.
10. Adaptar los sistemas de provisión de servicios.

Recientemente se ha constituido una agencia social y sanitaria en Catalunya que esperamos pueda aportar conocimiento y soluciones a esta problemática.

La Sociedad Británica de Geriatria publicó también un decálogo del que quisiera destacar algunos puntos que no por obvios es necesario recordar.

Entre ellos que las decisiones de tratamiento siempre deben estar relacionadas con el paciente individual y que las decisiones generales nunca deben aplicarse a todo un grupo de pacientes. Debe existir un equilibrio entre proteger a los residentes de una amenaza como un virus, que podría ser fatal para ellos, y proteger también los derechos de las personas para ver y relacionarse con sus seres queridos. Un momento de gran crisis puede traer también una gran innovación y los cambios realizados que han resultado beneficiosos deberían mantenerse.

Las medidas adoptadas para frenar el impacto de una pandemia tienen consecuencias no deseadas pero graves para la salud de muchas personas; de ahí que deban identificarse y tomar disposiciones que las mitiguen.

Debemos también ponderar y evaluar todas aquellas experiencias de éxito que hayan podido llevarse a cabo en los últimos años, las cuales pueden actuar de palanca hacia un modelo integrado y verdaderamente centrado en las personas.

Bibliografía

- Aronson L. *Elderhood: redefining aging, transforming medicine, reimagining life*. Nueva York: Bloomsbury Publishing; 2019. p. 449.
- Barenys MP. Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Papers. Revista de Sociología*. 1992; 40:121-135. Disponible en: <https://papers.uab.cat/article/view/v40-barenys>
- British Geriatrics Society. *Lessons from the COVID-19 pandemic* [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.bgs.org.uk/LessonsFromCOVID>
- Gawande A. *Ser mortal. La medicina y lo que importa al final*. Barcelona: Galaxia Gutenberg; 2015. p. 280.
- García Navarro JA. *Residències: un primer pas necessari*. *El Periódico* [Internet]. 21 de julio de 2022. Disponible en: [PressReader.com - Digital Newspaper & Magazine Subscriptions](https://www.pressreader.com/es/digital-news-paper/Magazine-Subscriptions).
- Muñoz M, Estébanez JL. Reflexiones para la reorganización de residencias en el contexto de la pandemia por COVID-19. *FMC*. 2020; 27(8):390-397.
- Oliva J, Peña LM. Impacto de la COVID-19 en la atención sociosanitaria: el caso de las residencias. *Informe SESPAS 2022. Gac Sanit*. 2022; 36(S1):556-560.
- Rodríguez A, Aguirre A. *Patios abiertos y patios cerrados*. Barcelona: Marcombo; 1994. p. 208.
- Rodríguez P, Gonzalo E. COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España. *Gac Sanit*. 2022; 36(3):270-273.
- Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia. *Posicionament conjunt de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (SCGIG), la Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya (FATEC) i la Fundació iSocial* [Internet]. 2020. Disponible en: http://scgig.cat/docs/debat_nou_model_atencio_llarga_durada.pdf
- Universitat de Vic. *Resicovid 19* [Internet]. Vic. Disponible en: <https://mon.uvic.cat/resicovid19/>

La imposibilidad de llamarla casa

Joan Canimas Brugué

Experto en Ética aplicada. Profesor de la Universitat de Girona

La pandemia de la COVID-19 tensó una realidad: hizo evidentes los déficits del sistema sanitario; fortaleció los Estados; incrementó la desconfianza y la estigmatización hacia el otro; la muerte se volvió más solitaria; aumentó el paro entre los pobres, encerrados en pisos minúsculos mientras los ricos instaurábamos el teletrabajo en confortables estudios de las primeras o segundas residencias; los funcionarios de sanidad entraron en tropel en las residencias para menores de edad, personas en situación de discapacidad y ancianos, incrementando su régimen reglamentario hasta los confines del panoptismo profiláctico... Incluso el debate académico entre principialismo y utilitarismo continuó irresuelto –esta vez de forma trágica– en los ingresos en las unidades de cuidados intensivos.

Cuando la intemperie o la misma vida se vuelven amenazantes, tener una casa se hace imprescindible. Calidez y libertad es lo que configura un hogar. Los sin casa no son solo los que viven en la calle, sino todas aquellas personas que no disponen de un lugar cálido que les pertenezca, lo cual da motivos para considerar que la mayoría de quienes viven en residencias bien podrían considerarse personas sin hogar.

La calidez de la intimidad

No hay calidez sin intimidad, ni intimidad sin calidez. Ambas mantienen un infinito susurro amoroso. Con la palabra *intimidad* nos referimos a una interioridad –un sentirse, saberse y pensarse– que se expande hacia una *extimidad* formada por mi cuerpo, mis cosas, mis lugares, mis otros y aquello que se narra de mí. Pues bien, la casa no es solo mi lugar por excelencia, sino también el ámbito que posibilita mi intimidad: en casa me sé y me siento, es el espacio en donde mi cuerpo y mis cosas se expresan y guardan libremente,

en donde mis otros son acogidos libre y amorosamente y el habla tiene ahí su máxima reserva.

No hace falta ser marxista para considerar que la atención no solo debe centrarse en la persona, sino también en sus circunstancias, de las cuales la morada es un ámbito importantísimo. Hay una intensa relación entre el espacio interior y el exterior, entre la persona y el lugar. «Soy el lugar donde estoy», dice el poeta Noël Arnaud.¹

Y Peter Sloterdijk que estamos siempre en un exterior que construye, delimita y sostiene mundos interiores; que la calidez de los lugares que habitamos nos permite protegernos del aliento de la nada, de la desprotección de la soledad, del silencio eterno de los espacios infinitos; que habitar significa formar esferas, redondeces con espesor interior, en las cuales vivimos en la medida que conseguimos convertirnos en ellas.²

La relación entre la necesidad de reconfortar el cuerpo y el alma es hoy inversamente proporcional al confort de los espacios: solemos nacer en salas de parto gélidas; las niñas y niños maltratados son trasladados a centros residenciales en los que no es posible hallar la calidez de un hogar; cuando estamos enfermos, ingresamos en hospitales inhóspitos y, si estamos todavía peor, en el espacio aún más desahogado de los cuidados intensivos; si tenemos una pluri-discapacidad o somos viejos y estamos rotos por la fragilidad de la vida o de la soledad, nos recogemos en residencias con espacios compartidos, decoración establecida y régimen comunitarista.

Las personas que viven en ámbitos residenciales tienen cubiertas las necesidades básicas (techo, comida, vestimenta, asistencia sanitaria y compañía), pero no las existenciales, de las cuales, aquí y como he dicho, destaco la calidez y la libertad del hogar. Ninguna vida humana debería ser reducible a mera supervivencia, a «nuda vida», en expresión de Walter Benjamin. «La arquitectura –escribe Juhani Pallasmaa– no solo da cobijo a nuestros cuerpos vulnerables; también da alojamiento a nuestras almas desamparadas y domicilia nuestros recuerdos y sueños [...]. Un hogar auténtico tiene alma, un alma que espera a su habitante.»³

Libertad para vivir

La diferenciación entre espacio y lugar señalada por Heidegger es aquí pertinente. El espacio –apunta Heidegger– es pura extensión e intervalo, mientras que el lugar es el ámbito construido para la *habitanza*, el refugio en el que la condición humana se hace posible.⁴ Si entre el lugar exterior y el interior hay, como he dicho, una estrechísima relación, la construcción del hogar (características y distribución de los espacios, muebles y demás objetos) y la *habitanza* en él solo puede darse en libertad. El hogar es el resultado y el lugar de voluntades particulares libremente expresadas, mientras que las instituciones, como señala Roberto Esposito,⁵ son el resultado y el lugar de fuerzas impersonales que preceden a los individuos y que determinan su comportamiento.

La palabra *libertad* puede referirse, al menos, a cuatro grandes ámbitos: a la libertad de acción (hacer lo que se desea hacer), a la libertad reflexiva o libre albedrío (que las reflexiones y decisiones que se toman sean propias y apropiadas), a la libertad social (disponer de las condiciones sociales que posibilitan las dos anteriores libertades) y a la libertad *ex-istencial* (esa experiencia del ser-abierto que, traspasando los límites de lo dado, llega a percibir lo realmente verdadero de la vida).

El privilegio de la existencia y la libertad, cualquiera de ellas, lleva consigo la carga del riesgo. Este puede ser afrontado o esquivado, pero nunca evitado del todo. La seguridad absoluta no solo no es posible, sino aterradora. Quien vive en libertad se arriesga en mayor o menor grado: salir a la calle comporta el riesgo de sufrir un accidente; el amor, el riesgo del desamor; por placer, necesidad o abertura a la vida, comemos lo que no deberíamos, hacemos amistades de las que luego nos arrepentimos, traspasamos lindes que pueden ofrecernos paz o desasosiego...

Muchas instituciones son garantes de las libertades. Sin embargo, las instituciones soportan mal la experiencia de la libertad en su interior y, por lo tanto, el riesgo. En el ámbito que nos ocupa, las instituciones residenciales para personas mayores no pueden permitirse, a pesar de los esfuerzos de profesionales y residentes, la libertad que caracteriza la construcción y la *habitanza* de un hogar. Chocan siempre «con la institución», un modelo arquitectónico y organizacional que los precede y determina.

Si *responsabilidad* significa responder adecuadamente a las demandas del otro, a este a veces trágico requerimiento de «¿por qué me haces esto?», la sobreprotección a la que se hallan sometidas algunas personas en las instituciones no es responsabilidad, sino autoprotección. En algunos ámbitos, la expresión «pedir responsabilidades» ha acabado por significar «meterse en líos» o «comparecer ante el juez», lo cual lleva a realizar prácticas defensivas para evitar tener que responder a requerimientos exógenos, ya sean de la institución, de los allegados, de los medios de comunicación o de la justicia, aunque esto suponga no responder adecuadamente a las necesidades y demandas de la persona atendida.

Los sitios-trans

Dice Georges Perec que vivir es pasar de un lugar a otro haciendo lo posible para no tropezar.⁶ A ese intersticio, la psicología lo llama «zona-trans», una experiencia vivencial llena de posibilidades de crecimiento, pero también de peligros.⁷ Zonas radicalmente abiertas y, por lo tanto, de elevada vulnerabilidad que requieren del hogar como puerto en el que cobijarse en la aventura del navegar.

El antropólogo Marc Augé forjó el concepto «no-lugar» para referirse a un producto de la sobremodernidad que consiste en un espacio de transitoriedad, concebido y vivido exclusivamente por el pasar de los individuos de un sitio a otro: la autopista, la habitación del hotel, el aeropuerto, la estación de tren, el pasillo del metro, la calle de una gran ciudad...⁸ Los no-lugares son inhabitables, porque son impropios y extraños. En ellos no es posible la intimidad, ni la calidez, ni el reposo, ni la identidad, ni la historia propia. El espacio del no-lugar es tan inhóspito que hasta los sin hogar necesitan, al llegar la noche, construir esferas habitables con cartones, mantas y pertenencias, crear lugares en los no-lugares.

No es difícil percibir los centros residenciales y sanitarios como espacios donde se aúna la zona-trans con el no-lugar. Son sitios-trans, de paso e inapropiados. En los centros residenciales para la infancia se está mientras se espera el retorno a la familia, la acogida, la adopción o la vida autónoma, sin posibi-

lidad del hogar como lugar de amor y seguridad y de tiempo-todo (*aion*), que solo será percibido como tiempo-que-pasa (*cronos*) en la adultez. En los hospitales, se está mientras se espera el alta, no la curación, que se da en el calor del hogar que corre a abrazar a sus moradores. En los pisos para mujeres maltratadas, se está mientras se espera la reubicación. En los centros residenciales para gente mayor, se está mientras se espera la comida, la cena, la cama, la visita, el paseo, el paso del tiempo, la muerte.

Shusaku Arakawa y Madeline Gins pretendieron burlar el envejecimiento y la muerte a través de la morada. No lo consiguieron. Pero sabemos que la calidez del hogar y la libertad de la habitación permiten saborear los instantes de nuestro trayecto.

Notas

1. Arnaud N, Bucaille M. (ilustrador). *L'Etat d'ébauche*. París: Le Messager Boiteaux de Paris; 1950.
2. Sloterdijk P. *Sphären I (Mikrosphärologie)*. Blasen; 1998. Traducción castellana de I. Reguera: *Esferas I. Burbujas. Microesferología*. Madrid: Siruela; 2003. p. 36-37.
3. Pallasmaa J. Alojar el alma. En: *Espacios para habitar*. Madrid: Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía; 2007. p. 13-14. Pallasmaa J. *Identity, Intimacy and Domicile. Notes on the Phenomenology of Home*; 1994. Traducción castellana de A. Giménez: *Identidad, intimidad y domicilio. Notas sobre la fenomenología del hogar*. En: *Habitar*. Barcelona: Gustavo Gili; 2016.
4. Heidegger M. *Bauen Wohnen Denken*; 1951. Traducción castellana de E. Barjau: *Construir, habitar, pensar*. En: *Conferencias y artículos*. Barcelona: Ediciones del Serbal; 1994.
5. Esposito R. *Istituzione*; 2021. Traducción castellana de A. Martínez: *Institución*. Barcelona: Herder; 2022. p. 31.
6. Perec G. *Espèces d'espaces*; 1974. Traducción castellana de J. Camarero: *Especies de espacios*. Barcelona: Montesinos; 1999. p. 25.

7. Sor D, Senet de Gazzano MR. Cambio catastrófico. Buenos Aires: Karjeinan; 1988. Vives Belmonte À. La Zona Trans (2). Intercanvis de Psicoanàlisi. 2009; 23:69-73.
8. Augé M. Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité; 1992. Traducción castellana de M. Larroca: Los no lugares. Espacios del anonimato. Antropología sobre la modernidad. Barcelona: Gedisa; 1993.

Aportaciones de expertos

Margarita Boladeras Cucurella

*Catedrática emérita de Filosofía Moral y Política
de la Universitat de Barcelona*

El título del seminario, «Vejez, sociedad y salud pública», ha marcado un camino que ha sido bien explorado por los ponentes en varias direcciones, y que ahora reproduce esta publicación. Quisiera destacar algunos aspectos que me parecen especialmente relevantes y sobre los que propongo nuevas asociaciones de ideas.

Por un lado, Victòria Camps ha indicado que la concepción actual de la vejez es un constructo social desfasado, basado en categorías anacrónicas, que lleva implícitos aspectos discriminatorios para las personas mayores. Ella y otros participantes han puesto de relieve la necesidad de cambiar los estereotipos negativos que se han ido forjando en los últimos tiempos sobre las vidas longevas, a fin de comprender en sus justos términos la realidad completa y compleja de los viejos actuales. Por otro lado, Seoane nos ha recordado que el *reconocimiento debido a cada persona* es un principio fundamental de la ética y del derecho que debe hacerse realidad y nos obliga a todos; el reconocimiento recíproco es la base de la convivencia de las democracias contemporáneas. Atender a los problemas de la distribución de recursos es importante, pero la justicia comporta también la obligación primera e inexcusable de respetar a todo ser humano como persona valiosa en sí, con sus peculiaridades individuales y sus vulnerabilidades propias. El deber y la obligación de reconocimiento conciernen tanto a todos los individuos como a las instituciones.

Nuestra sociedad ha de aprender a hacer *efectivo* el reconocimiento debido a las personas mayores y para ello no solo es necesario dedicarles una parte de los presupuestos generales del Estado con el fin de sufragar sus necesidades materiales, sino que también han de poder vivir sintiendo la estima y el apoyo de la sociedad. Axel Honneth ha hablado de tres ámbitos de reconocimiento: 1) reconocimiento afectivo, 2) reconocimiento de la personalidad jurídica, y 3) reconocimiento social. Cada uno de ellos contribuye de manera decisiva a desarrollar las capacidades de las personas para alcanzar la autoconfianza, el

autorrespeto y la autoestima que permiten consolidar su personalidad y enfrentarse a las formas de menosprecio que se pueden dar en cada ámbito, como son el maltrato, la exclusión y la injuria, y que actúan de manera destructiva contra los seres humanos.

No puede ser que la retirada del mercado laboral suponga una pérdida de reconocimiento social y jurídico de las personas y, sin embargo, es un hecho que los jubilados son discriminados. Las múltiples actividades sociales que desarrollan los ancianos y los servicios prestados en el pasado en todos los ámbitos les hacen merecedores de especial respeto, además del respeto debido a todo ser humano, pero no reciben el reconocimiento necesario. Sus debilidades y vulnerabilidades no pueden ser instrumentalizadas para sacarles provecho, ya sea por las instituciones o por particulares. Las residencias que no cumplen adecuadamente con su misión de cuidado les están perjudicando y robando como lo hace un estafador. Y el cuidado no consiste solo en atender a sus necesidades materiales sino también en la adecuada atención médica individualizada y en el reconocimiento de su personalidad, sea la que sea, así como en el respeto hacia su dignidad y su autonomía personal (aunque se encuentre disminuida). Como dicen Sandra Huenchuan y Luis Rodríguez-Piñero, «las personas mayores son sujetos de derecho, no solamente beneficiarios».

Muchas personas llegan a edades avanzadas con sus capacidades físicas y mentales bien conservadas. Llevan a cabo múltiples actividades que benefician a la sociedad y que se podrían incrementar si las instituciones supieran canalizar esta aportación, que en muchos casos puede ser de gran valor.

La longevidad es cada vez mayor en cuanto al número de personas que alcanzan edades avanzadas y en cuanto a los años de supervivencia. Las biotecnologías, la robótica, la genética y la medicina avanzan a buen ritmo y muchos creen en la utopía de lograr la inmortalidad en alguno de los sentidos que esto pueda tener. En cualquier caso, es necesario replantear de arriba abajo la concepción y valoración de las actividades de los ciudadanos, ya sean lucrativas o no lucrativas, de participación política, social o familiar, en el contexto de los profundos cambios sociales en los que estamos inmersos. Hay que responder a los importantes retos que supone para la justicia el contexto científico-técnico y demográfico de un futuro que ya hemos iniciado.

Maria Gasull Vilella

Enfermera. Licenciada en Humanidades. Exprofesora de la EUI Sant Pau UAB. Residente en un Hogar-Residencia en Barcelona

Reflexiones después de vivir tres años y medio en una Llar Residència

El presente escrito –más que conocimientos teóricos sobre la vejez– muestra una síntesis de algunos problemas observados y unas reflexiones sobre los mismos fruto de mi experiencia como residente en una Llar Residència.

La sociedad sufre muchos cambios que afectan al concepto de vejez. Los avances médicos y farmacológicos permiten que los efectos de lo que hasta ahora se consideraba vejez se pospongan varios años. Se debería redefinir el concepto de la vejez o abandonar este término cuando la persona –por sus condiciones físicas y psíquicas– precisa de ayudas y cuidados y que empieza a aparecer a partir de los 80 años, intensificándose a los 90.

Existen tratados muy válidos sobre la vejez y los problemas que comporta y también sobre las residencias. Sus autores, a pesar de sus conocimientos y experiencia sobre la materia, por su edad no entran en la categoría de «viejo»: opinan por tanto acerca de una realidad que no viven. Quizá son necesarios estudios, sobre todo en residencias, que analicen los deseos y necesidades de las personas mayores para tenerlos presentes al planificar los cuidados. La realidad de los residentes es muy variada, cada residente presenta una edad, unas condiciones físicas o mentales, formación, cultura, historia de vida, etc. que influyen en cómo proyecta y vive su vejez. La persona anciana tiene una vida e historia propia que no se puede generalizar. Es fácil que la actitud paternalista esté presente y que la voz del residente –salvo en algunas residencias– no sea tenida en cuenta ni escuchada.

Después de tres años y medio de residente destacaría los siguientes aspectos:

1. La convivencia no es fácil. Existen diferencias culturales, ideológicas, sociales por las diferencias de edad y origen sociocultural. No se puede dejar de contem-

plar que entre los 70 y los 100 años hay una diferencia de 30-40 años que inciden en las relaciones entre los residentes. Se comparte la vida con personas que podrían ser nuestros padres, con las dificultades que conlleva pertenecer a diferentes generaciones.

2. Afrontar la vejez es difícil y más cuando la vives todo el día en tu persona y en las que te rodean. Ver y vivir la pérdida de facultades hace replantear muchos aspectos de la vida y se buscan medios para no desanimarse y encontrar una razón del porqué del deterioro físico y mental, del porqué ya no puedes realizar actividades de la vida diaria tan simples como ducharte, vestirte, comer sin la ayuda de otra persona. Ante esta realidad, se intenta ocupar el día con tareas múltiples para no pensar, pero llega el momento en que la realidad se hace evidente y se constata la pérdida de capacidades físicas y mentales, el que uno ya no es autónomo y que necesita ayuda. Si el deterioro no es mental (demencia, Alzheimer) el residente sufre al afrontar una nueva etapa de su vejez y dar sentido a su vida. Poder llegar con madurez a esta etapa es difícil y está relacionado con cómo se ha vivido, requiriendo todo un aprendizaje que debe iniciarse en la vida adulta. Si de jóvenes nos educamos para la vida que tendremos que afrontar, ya jubilados también deberíamos, como afirma Victòria Camps, prepararnos para la vida que tendremos a los 60, 70, 80, 90 años.

Javier Yanguas, en su libro *Pasos hacia una nueva vejez*, nos dice que si disfrutamos de los logros obtenidos durante la vida y dejamos paso a los demás y nos retiramos a deleitarnos del día a día, esto ayuda a una buena vejez, pero quizá no sea suficiente, pues la vejez es un espacio de crecimiento y desarrollo personal, de intentar vivir de acuerdo con los valores personales. He observado que residentes que han encontrado un sentido a su vida a pesar de sus limitaciones en esta etapa muestran una serenidad y una paz que les impulsa a continuar viviendo a pesar del deterioro.

3. La pandemia ha puesto en evidencia que en la etapa final de la vejez la comunicación, el contacto físico, el cariño, el hacer que la persona se sienta reconocida como tal es importantísimo. Es imprescindible el trato humano; los medios audiovisuales, los robots, etc. ayudan, pero no es lo que necesita la persona. La soledad y el aislamiento pueden estar presentes en la persona anciana sobre todo a partir de los 90 años; cuando se empieza a perder la capacidad

de oír, ver, comunicarse, cuando ya no se entiende la evolución social y las cosas dejan de tener sentido, un gran cansancio se apodera de ellas y les es muy difícil vivir siendo una sombra de sí mismas.

Dar solución a todos los problemas que presenta la vejez en el siglo XXI sin olvidar los derechos humanos de las personas ancianas es una tarea ingente que requiere un análisis en profundidad y grandes debates para dar respuesta a los retos que hay que afrontar durante este siglo.

Javier García León

Departamento de Metafísica y Corrientes Actuales de la Filosofía, Ética y Filosofía Política. Universidad de Sevilla

El envejecimiento necesita otra salud pública

El creciente envejecimiento de la población y el consiguiente aumento y diversidad de recursos que este colectivo necesita en relación con su salud podría hacernos pensar que es un tema de gran interés para la salud pública, dado que esta se preocupa por el esfuerzo de la sociedad para responder de forma colectiva a los problemas de salud que le afectan.

Además, dadas las conexiones morales de la ética de la salud pública con cuestiones de justicia social, pobreza y desventaja sistemática, cabría esperar igualmente que haya un amplio desarrollo de este campo de estudio, teniendo en cuenta el nivel de vulnerabilidad que pueden tener las personas mayores.

Las personas mayores constituyen un grupo poblacional importante, pero heterogéneo, en el que nos encontramos desde personas que no requieren necesidades específicas, a otras con problemas de salud de diverso grado que las sitúa en situación de vulnerabilidad, a la que se puede superponer precariedad económica, habitacional, comunicacional, relacional, emocional, cognitiva o física, así como aislamiento social, limitación en el ejercicio de sus derechos o maltrato. Estas vulnerabilidades requieren respuestas con atención diferenciada en espacios muy diversos como domicilios, servicios sanitarios y sociales, residencias y espacios ciudadanos.

Esta concepción de la vulnerabilidad implica asumir un enfoque ético que debería ser tenido en cuenta en las intervenciones de salud pública respecto al envejecimiento.

La percepción social sobre las personas mayores tiene aspectos positivos como la calidez, la sociabilidad o la fiabilidad, pero predominan las percepciones negativas. Lo más común es que sean percibidas como carentes de

salud, asexuadas, inmovilistas, aisladas y con deterioro mental. Esta apreciación desfavorable es más pronunciada en la cultura occidental dada su valoración de la individualidad e independencia, en la que coexiste un edadismo compasivo que estereotipa a los mayores como frágiles, aislados y vulnerables, con un edadismo conflictivo que provoca rechazo a los mayores por su utilización, a su juicio, excesiva de recursos.

La respuesta desde la salud pública al reto del envejecimiento tiene serias limitaciones. Posiblemente esta limitación venga dada por las dificultades metodológicas y conceptuales para adaptar las intervenciones poblacionales que tradicionalmente ha realizado la salud pública sobre las enfermedades infecciosas en el abordaje de las enfermedades crónicas. Dado que el estudio epidemiológico de las enfermedades crónicas se ha centrado en la identificación de factores de riesgo específicos de cada enfermedad, no es sorprendente que las intervenciones de salud pública en relación con el envejecimiento se hayan dirigido a acciones individuales específicas para enfermedades concretas. Es el caso de la vacunación, o de las intervenciones para tratar de cambiar las conductas individuales sobre los factores de riesgo, como la cesación tabáquica, la alimentación saludable o el ejercicio físico, entre muchas otras. Intervenciones que responden a una concepción biologicista centrada en enfermedades y no en las situaciones que determinan la salud y el bienestar de las personas.

Las intervenciones de salud pública en relación con las personas mayores se dirigen por tanto a la prevención de enfermedades concretas como diabetes, enfermedades cardiovasculares, neumonías, prevención de caídas o demencias, entre otras. Se abordan por tanto los problemas de salud de la vejez como un problema individual y no como un fenómeno que requiere un abordaje poblacional, campo de acción propio de la salud pública.

Este enfoque predomina igualmente en la investigación sobre salud pública y envejecimiento, dado que considera la edad como un factor de riesgo de enfermedad en lugar de ver el envejecimiento como una situación de riesgo que requiere un abordaje diferenciado.

Esta falta de adecuación de la salud pública a un entorno que ya cambió hace mucho tiempo no es específico en su respuesta al envejecimiento, sino que es

generalizado y tendrá que buscar otros enfoques, en especial en su respuesta a los efectos del cambio climático.

Quizá esto explique el papel marginal que ocupa la salud pública en los países de nuestro entorno y su respuesta a la pandemia de COVID-19, en la que, frente a una respuesta más humanista para este grupo poblacional, ha primado una visión biologicista con efectos adversos en la calidad de vida de estas personas.

La tendencia actual es un enfoque más preocupado por el envejecimiento saludable como proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La forma de llevarlo a la práctica constituye un desafío, si bien las respuestas más adecuadas y prometedoras provienen del nivel local, especialmente aquellas que promueven la solidaridad entre los vecinos: el Plan Local de Salud de Cádiz sería un ejemplo de ello.

Respecto a las desigualdades en salud, las diferencias observadas entre las personas mayores son el resultado de determinantes sociales que tienen un efecto acumulativo a lo largo de la vida. Pero priorizar a las poblaciones actuales más jóvenes desde una perspectiva utilitarista puede suponer un daño adicional para quienes han llegado a la vejez pese a sufrir desigualdades sanitarias a lo largo de su vida.

La distribución de recursos entre generaciones, el fomento de la autonomía, evitar daños en nuestras intervenciones y mejorar la calidad de vida de las personas mayores son cuestiones que es preciso abordar desde la ética de la salud pública.

Joan Guix Oliver

Medical Anthropology Research Centre (MARC). Universitat Rovira i Virgili

¿Es el envejecimiento una enfermedad?

En los medios de comunicación hemos podido leer que en el certificado de defunción de la reina Isabel II del Reino Unido consta la «vejez» –a los 96 años– como diagnóstico de la causa de la muerte.

Este es un tema trascendente. ¿Es la vejez una enfermedad o una situación biológica? No es una cuestión meramente semántica.

El envejecimiento humano se ha definido como el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen a consecuencia de la acción del tiempo sobre los humanos.

Tras esta definición podemos considerar dos posibles abordajes del tema: como una visión cronológica, con la gran cuestión de a qué edad se es viejo; o bien como una visión de senescencia biológica, que se ha relacionado con el acortamiento progresivo de los telómeros, alteraciones moleculares y celulares y, en resumen, con la fragilidad. No obstante, también se admite que estos conjuntos de alteraciones degenerativas no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa.

Por otra parte, la OMS define la enfermedad como: «La alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y la evolución de los cuales es más o menos previsible», todo ello adaptado a cada edad y sexo concretos.

En resumen, la enfermedad es entendida como una desviación de la *norma*, de lo más frecuente, una «anormalidad», entendiendo que lo «normal» es la salud, y considerando que ambas son opuestas.

La realidad en Catalunya es que, en 1900, la esperanza de vida al nacer era de 31,6 años, y justo antes de la COVID-19 de 84,01. Asimismo, se calcula que

el 9% de la población mundial tiene 65 años o más, lo cual representa unos 700 millones de personas, mientras que en la Unión Europea hablamos de un 20%, y los de 80 o más años son ya un 6%. Por último, se estima que hacia 2050 vivirán unos 1.400 millones de «viejos» en el mundo.

Por otra parte, la última Encuesta de Salud de Catalunya nos dice que el 53,2% de los catalanes y las catalanas de 65 o más años consideran que su salud es excelente, buena o muy buena, y un 34,9% que es regular. Solo un 12% afirma que su salud es mala.

¿Es este el relato de una enfermedad?

Si considerásemos que la vejez es una enfermedad, debería ser contemplada como una desviación de lo normal, como un fenómeno anormal. En cifras de 2020, la población infantil supone un 15% de la población europea. Es menos frecuente, menos *normal*, el fenómeno infancia que el fenómeno vejez. Y ¿es por ello la infancia una enfermedad? Del mismo modo, tampoco es razonable considerar la vejez como tal.

No obstante, diversos expertos y grupos científicos han solicitado a la OMS que el envejecimiento sea considerado como una enfermedad en la última modificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD 11). Si bien la petición fue rechazada, sí se incluyó el concepto «relacionado con el envejecimiento» como un código de extensión que se puede aplicar a una enfermedad, para indicar que la edad aumenta el riesgo de contraerla.

¿Por qué este interés en considerar el envejecimiento como un proceso, y la vejez, su resultado, como una enfermedad?

El envejecimiento se desvela como una doble finalidad para la biomedicina: por un lado, se configura como un fenómeno de interés biopolítico, entendido este como «el direccionamiento de las conductas a la forma de actividad orientada a moldear, guiar o afectar la conducta de las personas» (Foucault); y, por otro, como una posibilidad de expansión del horizonte de la medicina clínica, es decir, que entra de lleno en el terreno de la medicalización.

Según Conrad, la *medicalización* es la denominación dada al proceso por el cual la medicina expande el horizonte de su discurso, amplía su campo de

prácticas, extiende sus modos de objetivación, sus tecnologías de poder y sus mecanismos de regulación a nuevos objetos y ámbitos que anteriormente no estaban colonizados por el saber médico. Como consecuencia del proceso de medicalización, aspectos cada vez más amplios de la vida personal y social de la gente se convierten en objeto de preocupación, estudio, orientación y, en definitiva, control, por parte de la corporación médica.

Entre las razones para considerar la vejez como una enfermedad, algunos autores (Callahan y Topinkova, por ejemplo) escriben: «En resumen, no solo el envejecimiento se presta a ser caracterizado como una enfermedad, sino que la ventaja de hacerlo es que, al rechazar el aparente fatalismo de la etiqueta “natural”, legitima mejor los esfuerzos médicos para eliminarlo o deshacerse de las condiciones indeseables asociadas con él», facilitando así el acceso a subvenciones y el incremento de la financiación para la investigación en este terreno y, en consecuencia, el desarrollo de procedimientos biomédicos dirigidos a retrasar el proceso de envejecimiento y la posibilidad de financiación de las actuaciones contra la «enfermedad-envejecimiento» por parte de las aseguradoras médicas.

Aceptar el fenómeno del envejecimiento y la vejez como diagnósticos es aceptar su medicalización y, por consiguiente, considerarlo desde una visión consumista, de mercado, con el sobrediagnóstico, sobremedicación y yatrogenia correspondientes, lo que no implica renunciar a un envejecimiento saludable.

Bibliografía

- Conrad P. The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
- Callahan D. y Topinkova E. ¿Es el envejecimiento una enfermedad prevenible o curable? *Drogas Envejecimiento* 13, 93-97. doi: 10.2165/00002512-199813020-00001

Colectivo Minerva

Carmen Domínguez-Alcón, Montserrat Busquets Surribas, Núria Cuxart Ainaud y Anna Ramió Jofre

El envejecimiento de las personas repercute en todos los aspectos de sus vidas, de sus entornos significativos y de la sociedad de la que forman parte, que precisa de una reflexión en profundidad para afrontar el reto que supone la atención a una población cada vez más longeva.

Ya se acepta de manera general que las políticas públicas deben responder a las necesidades de las personas mayores de manera equitativa, y que los sistemas de salud deben compaginar el objetivo de mejorar la esperanza de vida con la mejora de su calidad y bienestar. Estas afirmaciones, aunque obvias, suponen una gran complejidad agravada por otra obviedad: las grandes diferencias en las características, necesidades y voluntades de las personas mayores y sus entornos que hace necesario entender la diversidad existente en la vejez. Cada persona es única y por ello envejece de forma única.

Existen distintos prejuicios que dan lugar a perjuicios a evitar y revertir alrededor de las personas mayores, derivados de la idea de cómo se enfrenta la vejez, que generan un enfoque negativo e injusto, provocando una situación que ahonda en los propios prejuicios, y comporta discriminación y violencia social/institucional hacia los mayores. El edadismo y la creencia de que el envejecimiento implica, de forma universal, una etapa de incapacidad, carencias y dependencia tienen graves consecuencias, especialmente cuando se excluyen a las personas mayores de la participación en la toma de decisiones, incluso las que les afectan directamente.

Sobre la vejez y el envejecimiento se mantiene una construcción social desfasada, discriminatoria e indiferente que evoca carencia, pasividad y dicotomía entre, por un lado, la supuesta etapa productiva y activa de la juventud y adultez y, por otro, la vejez como no productiva y pasiva, la jubilación forzosa; u otras que requieren un enfoque que se apoye y argumente a partir de las capacidades de las personas mayores y su valor social positivo. Curiosamente, los ejemplos de dirigentes/líderes políticos, económicos o sociales de más de

70 y 75 años con influencia en decisiones a nivel mundial no suelen generar tanta controversia, contradicciones o rechazo.

Quizá la reflexión debería centrarse en cómo se entiende la vejez y, especialmente, en cómo educar para vivirla desde una dimensión personal (qué hacemos cada uno para envejecer) y desde una dimensión social (cómo se aborda socialmente el envejecimiento). Para ello, tal vez también habrá que revisar por enésima vez qué entendemos por salud y considerar que la vejez no es una enfermedad, sino una etapa más de la vida en la que, como en todas, en ocasiones la salud se ve comprometida no solo por factores físicos o biológicos, sino también por condicionantes sociales y familiares. La salud en la etapa de la vejez es un tema de salud pública. Desde la enfermería (y otros enfoques como la educación para la salud) se entiende que una persona puede considerarse sana a pesar de la enfermedad. Lo que sí acompaña a la longevidad son un conjunto de situaciones y/o problemas que dificultan la vida diaria de las personas mayores (en ocasiones enormemente), que la pueden desestabilizar porque son factores que generan dependencia y disminuyen su autonomía y la confianza en sí mismas. De nuevo, qué importante es el lenguaje: persona con una hipertensión en lugar de hipertensa, con una diabetes en lugar de diabética, o con una depresión en lugar de una depresiva.

Es necesario considerar la idea de factores protectores para conseguir una vejez saludable como, por ejemplo, la actitud con la vida, la salud emocional, el control personal (autonomía, autoestima) o el apoyo social frente a factores opresores como la percepción de soledad no deseada, el sentimiento de culpa o de inutilidad, entre otros. Ahora bien, hay que estar alerta para que el enfoque que plantea el envejecimiento saludable no sea una nueva imposición para las personas mayores que las empuje a mostrar a los ojos de los demás situaciones anímicas ficticias.

El enfoque de mantenimiento y desarrollo de las capacidades podría ayudar mucho, así como la apuesta por la desmedicalización de los problemas de la vida diaria, priorizando el cuidado cuando la persona presenta déficits sensoriales, que afectan (y mucho) a la vida cotidiana, y asegurando el bienestar. Por ejemplo, cuidar el buen estado de los pies puede mejorar la movilidad y

la socialización. Si el enfoque no es este y el contexto no es favorable, las capacidades no se mantienen ni se desarrollan.

En la recién estrenada página web del Colectivo Minerva se publica el post «Reconsiderar el concepto de vulnerabilidad»,¹ donde se destaca que «desde la perspectiva de la ética del cuidado, se construye una mirada nueva que pone en cuestión nociones tales como la vulnerabilidad, la dependencia y la autonomía».² Marian Barnes desarrolla esta idea a partir de la afirmación de que las necesidades de cuidados no son situaciones de carencia, fragilidad o vulnerabilidad de alguien que precisa la protección de otro, sino que son relaciones de reciprocidad e interdependencia entre personas que juntas buscan el bienestar.³ Así pues, redimensiona la dependencia considerándola una condición inherente a la vida y no una incapacidad o merma de la persona.⁴

Quizá el reto es identificar y respetar lo que da sentido a la vida de la persona mayor en concreto y cuestionarse el cuidado que se le brinda. Por ejemplo, garantizar la continuidad de la vida cotidiana respetando la cultura y creencias; resituar la ayuda para mantener su afectividad buscando redes de apoyo familiares o sociales; promover su libertad discutiendo los límites de las imposiciones de los centros residenciales, de algunas familias o de algunos tratamientos; generar relaciones y contextos que potencien su toma de decisiones o su participación en ellas. En definitiva, evitar y revertir el sufrimiento evitable.

Vivir saludablemente no es estar libre de enfermedades sino saber vivir. Y saber vivir se enseña y se aprende. Requiere crear ámbitos para tratar temas tabú como el envejecimiento y la adaptación saludable a las pérdidas que conlleva. Es preciso que los indicadores usados en el entorno sanitario, sociosanitario o residencial consideren estos parámetros. Los profesionales y la sociedad en su conjunto pueden ayudar a iniciar, fortalecer y consolidar cambios necesarios para que las personas mayores puedan vivir esta etapa de la vida lo mejor posible, promoviendo la solidaridad intergeneracional y teniendo en cuenta que ello es, además, una mejora para toda la sociedad.

Notas

1. Colectivo Minerva. Reconsiderar el concepto de vulnerabilidad [Internet]. Colectivo Minerva; 2022.
2. Tronto J. ¿Riesgo o cuidado? Buenos Aires: Editorial Medifé Edita; 2020. Disponible en: https://issuu.com/fundacionmedife/docs/riesgo_o_cuidado-issuu
3. Barnes M. Care in everyday life: An ethic of care in practice. Bristol: Policy Press; 2012.
4. Busquets M, Delgado P, Jiménez M, Santos S, Vila, A. La invisibilidad del cuidado. En: Domínguez-Alcón C, Kholen H, Tronto J. El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera. Barcelona: Col·legi d'Infermeres i Infermers de Barcelona; 2017. Disponible en: https://issuu.com/coib/docs/col_digital_profesionalidad_8_coib

Saber envejecer, o contra el edadismo

Màrius Morlans Molina

Médico nefrólogo. Vicepresidente del Comitè de Bioètica de Catalunya

Introducción

Las palabras que encabezan este escrito pueden interpretarse como un título y una apostilla que pretende subrayar su carácter reivindicativo. Pero nada más lejos de ello. En realidad, reflejan la ambivalencia ante el envejecimiento. Por un lado, es una condición que, más tarde o más temprano, acaba por ocurrirnos a todos los que seguimos vivos y, como devenir personal, se enmarca en el ámbito privado. Pero, por otra parte, también es cierto que el envejecimiento progresivo se asocia al decaimiento funcional y ello conlleva diferentes grados de dependencia. Y la atención a la dependencia del anciano llamado «frágil» es una cuestión que está en todas las agendas de la Administración pública y, por ello, sometida al escrutinio y la reivindicación ciudadana. Así, pues, cualquier reflexión sobre el envejecimiento debe tener en cuenta ambas perspectivas.

La reafirmación como ciudadanos

En una sociedad orientada a la productividad a través de la competitividad parece lógico desconsiderar a aquellas personas que dejan de ser útiles, productivas. Ahí podríamos encontrar las razones que fundamentan el edadismo. Los jubilados como clases pasivas que consumen servicios sin aportar nada a cambio. Es una visión propia del libertarismo que promueve la condición de individuo frente a la de ciudadano. Porque si bien te pueden jubilar como profesional, no lo pueden hacer como ciudadano. La necesidad de atención y cuidados de las personas mayores es una motivación para interesarse por las políticas asistenciales como una cuestión personal por el mero hecho de ser más proclives a beneficiarse de ellas. Pero, además, la liberación de la condi-

ción laboral aumenta la disponibilidad temporal para ejercer cualquier otra actividad, entre ellas las inherentes a la condición de ciudadano.

Frente al libertarismo rampante que pone el acento en los derechos individuales y en la confrontación como manera de resolver los litigios, hay que proponer un concepto de la convivencia que sea capaz de conciliar derechos por medio de la deliberación y el consenso aceptando propuestas de mediación que, sin satisfacer plenamente a las partes, no las incomoden. De todo ello se desprende una primera aportación en el campo ideológico: recuperar el concepto de bien común, entendido como el conjunto de las condiciones de la vida social con las que las personas, las familias y las asociaciones pueden lograr con mayor plenitud y facilidad sus objetivos.¹ Y reafirmar que uno de los fines esenciales del bien común es la preservación y potenciación de las libertades individuales.

Así, pues, reafirmarse como ciudadanos y ser reconocidos como tales es el punto de partida para poder ejercer –y si es el caso reivindicar– unos derechos básicos que no son específicos de la vejez, pero que debido a la mayor o menor dependencia asociada al envejecimiento pueden ser vulnerados o limitados, como son el derecho a disponer del tiempo y el lugar donde residir.

Tiempo y lugar para cuidar

Hemos cuidado a nuestros hijos, después a nuestros padres y ahora a nuestros nietos. Está bien contribuir al cuidado de los nietos, pero como cosa voluntaria, no como una obligación. Y, aún menos, si ello es debido a una disfunción social, a la falta de concordancia de los horarios laborales y los escolares. Probablemente estamos a la cola de los países de la Unión Europea en la conciliación familiar, con jornadas laborales que impiden hacerse cargo de los hijos cuando acaban el horario escolar.

Y esta disfunción no es buena por dos motivos, entre otros posibles. El primero y fundamental es que los hijos necesitan no solo de la educación, sino, esencialmente, del cariño, del afecto de sus padres y ello requiere su presencia. Pero una segunda razón es que la prestación de cuidados debe ser eficiente, en el sentido de dedicarlo a quien más los necesite. La falta de cobertura

pública de las necesidades asistenciales de la gente mayor la deja en manos de la iniciativa privada y su accesibilidad dependiente del poder adquisitivo individual.

Existe una vía alternativa intermedia que son las redes colaborativas de asistencia basadas en la coordinación de los servicios públicos y el voluntariado civil, al que se pueden integrar personas jubiladas que gozan de plena autonomía. ¿Cuántas personas ancianas con grados de dependencia variable podrían permanecer en su domicilio si contaran con el acompañamiento adecuado? Un informe reciente sobre la atención a la gente mayor en Estados Unidos durante la fase más exacerbada de la pandemia por COVID-19 ha puesto de manifiesto, una vez más, una cosa ya sabida, que las personas mayores quieren permanecer en su domicilio y en el vecindario de residencia.²

Los redactores del informe destacan el rol de la participación de las personas mayores en el diseño de los servicios que necesitan, lo que redundaría en una mayor eficiencia de estos. Otra aportación del estudio, ya previsible, es la voluntad de los encuestados de envejecer en el entorno, vivienda y barrio, en el que han venido residiendo. Ello plantea el reto de diseñar una provisión de servicios que, mediante las nuevas tecnologías, como el móvil e internet, permitan continuar en la vivienda habitual o, cuando no sea posible, en viviendas asistidas compartidas en el lugar habitual de residencia. Son medidas necesarias para evitar el impacto negativo en la salud mental de los ancianos que puede causar el desarraigo de su entorno habitual.

Aceptar la finitud

Saber envejecer es aceptar la finitud del ser humano, el tener presente que la muerte es la condición necesaria para hacer de la vida lo que es. No podemos concebir cómo sería una vida sin fin. Lo cierto es que supondría otra manera de existir que nos cuesta imaginar. Saramago exploró la idea narrando las vicisitudes y dislates que ocurren en un país cuando la muerte se toma unas merecidas vacaciones.³ El transhumanismo, al querer postergar e incluso vencer a la muerte, no hace más que evidenciar su desagrado con la condición humana tal como la vivimos.

Según el sociólogo y filósofo Philippe Ariès, cada sociedad genera una cultura propia de la muerte. En el pasado reciente, la muerte era el gran tabú que había desplazado al erotismo en su condición de obsceno. Se amagaba la muerte al tiempo que se desnudaba el cuerpo. Eros había vencido a Tánatos.⁴ Hoy la muerte está presente, pero como un hecho ajeno, impersonal, en forma de estadísticas, como los fallecidos por accidente de tráfico, o a través de los medios de comunicación que nos informan de los muertos en las catástrofes y las guerras. La muerte continúa estando alejada, si no ausente, de la vida cotidiana.

La mayoría de las personas fallecen en hospitales y residencias y el duelo se celebra en tanatorios. Las instituciones se apropian del proceso y el protocolo circunscribe el comportamiento de las personas. Nada que ver con la experiencia personal que supone atender la agonía y celebrar el duelo en el domicilio del fallecido. La muerte se ha institucionalizado y, en cuanto tal, se ha despersonalizado. Esa es la cultura actual sobre la muerte que hay que subvertir con el discurso y el ejemplo.⁵

La conciencia de la finitud no ha de ser un impedimento para seguir viviendo con plenitud. Al experimentar la vulnerabilidad y la dependencia, no solo física sino afectiva, se es más consciente del valor de los lazos de amor y amistad creados y cultivados a lo largo de la vida. Constituyen el soporte necesario para encarar la fragilidad que amenaza el desempeño cotidiano. Pero no solo hay que tener en cuenta la vida afectiva, sino que, en la vejez, adquiere especial relieve la existencia intelectual y cultural.

El cultivo de las aficiones, el disfrute de las actividades culturales y la curiosidad por estar al día de los eventos más relevantes de la actualidad son el alimento de una actividad mental que, con los años, se comprueba que es la mejor inversión para tener ocupada la vejez. Porque, si bien con la edad se pierden neuronas, esa pérdida se puede suplir con un mayor rendimiento de las conexiones ya establecidas, con todo aquello de valioso ya aprehendido. Como bien razona Rita Levi-Montalcini, un cerebro bien amueblado es el as en la manga del que fluyen los dones reservados a la vejez.⁶

A modo de corolario

Las personas ancianas deben participar, como ciudadanos cabales, en las decisiones de las políticas sociales y sanitarias que les atañen, como son la atención a la dependencia y la fragilidad. Hay que promover el diseño de dispositivos asistenciales que, mediante la colaboración de los servicios sociales y las asociaciones de voluntarios, faciliten que las personas mayores continúen viviendo en su lugar habitual de residencia. Es el modo idóneo para estimular la autonomía personal, disfrutar de los lazos afectivos y continuar cultivando los placeres de la mente, el conocimiento y la cultura.

Notas

1. Papa Juan XXIII. Carta encíclica *Pacem in Terris*. Sobre la paz entre todos los pueblos fundada sobre la verdad, la justicia, el amor y la libertad. Ciudad del Vaticano; 11 de abril de 1963. Disponible en: https://www.vatican.va/content/john-xxiii/es/encyclicals/documents/hf_j-xxiii_enc_11041963_pacem.html
2. A report from Harvard Joint Center for housing studies & The Hastings Center. *Advancing housing and health equity for older adults: pandemic innovations and policy ideas*; 2022. Disponible en: [Harvard_JCHS_Hastings_Advancing_Housing_Health_Equity_for_Older_Adults_2022.pdf](#)
3. Saramago J. *Las intermitencias de la muerte*. Madrid: Alfaguara; 2005.
4. Aries P. *El hombre ante la muerte*. Madrid: Taurus; 2011.
5. Morlans M. *L'assistència mèdica al final de la vida*. FRC. *Revista de debat polític*. 2004; 9:90-101.
6. Levi-Montalcini R. *El as en la manga. Los dones reservados a la vejez*. Barcelona: Planeta; 2017.

Tranvías, ferrocarriles y siempre estar de paso

Iris Parra Jounou

Enfermera. Investigadora predoctoral en la UAB

Tenía ocho años y ya había vivido en tres pisos distintos. En el colegio le habían pedido que preguntara a sus abuelos cómo era la Barcelona de mediados de siglo y luego escribiera una redacción sobre algún detalle que hubiera cambiado bastante. La profesora no contó con que habría niños con padres migrantes o familias de granjeros y pastores, del norte y del sur; en su caso, la gran ciudad había sido territorio exclusivo de sus padres. Pensó en dejar la hoja en blanco, o quizá buscar algún periódico antiguo con imágenes. Ordenadores había, pero Internet era un ruido lejano. Al compartir su terrible preocupación con Madre, esta resolvió rápidamente que en la finca había una vecina mayor, encantadora, viuda, a quien podrían entrevistar.

El tranvía subía la calle principal, llena de escaparates. Los hombres y mujeres, bien vestidos, lo tomaban para bajar a comprar trajes y zapatos a medida y pasearse entre las pajarerías y los quioscos de flores. Luego volvían a sus palacetes. Con los pies balanceándose en el espacio entre la silla y el suelo, la pequeña tomaba notas y preguntaba por todas aquellas ideas fascinantes. La casa olía a papel antiguo, a viejo, que decían por aquel entonces. Una mezcla de naftalina, humo de cigarro y café recién hecho. La señora dejó unas pastitas de té encima de la mesa y sonrió cuando la niña engulló una tras preguntar encubierta y tímidamente con los ojos.

Ha llegado hasta la reunión en ferrocarril; uno subterráneo y con conectores para el móvil. Deja atrás la plaza y se dirige a la sede del encuentro. Por el camino, saluda con una sonrisa la farmacia de la rotonda, modernista, donde aquella vez alquiló unas muletas. Ahora es un restaurante de comida basura. Y el gran colegio barroco donde, otro tanto tiempo atrás, cantó para un acto que ya no recordaba. La han invitado como experta en cuestiones de vejez. Se ha estado preguntando qué credibilidad tiene ella en esto de la experticia hasta

que, al entrar en la sala de madera noble, se ha dado cuenta de que acaba de provocar un triple salto mortal hacia atrás a la media de edad. Es, con diferencia, la más joven.

La vejez es una cuestión política. A nadie le suena a nuevo la idea de la gerontofobia, de la discriminación a un colectivo que no es solo uno; incluso, si apuramos, la cita aquella de que hay que aprender a cumplir años estoicamente. Desde las éticas y políticas del cuidado quedó claro ya hace años, aunque ya saben que «ante la estructura, cabeza dura», que los lazos intergeneracionales son claves para el debate público. Que los vínculos nos ayudan a tener figuras de ejemplaridad (en positivo y negativo), y aprendizaje común. Que hay un cuidado mnemónico, individual y colectivo.

Del tranvía al ferrocarril hubo dos edades y un mismo tema. El paso del tiempo y el tiempo de paso. Y personas que no querían perder sus cadenas de transmisión; ni sus experiencias. Resulta maravilloso compartir espacios colmados de gente que, con conocimiento de causa, habla de las virtudes y los achaques de la vejez, y filosofa desde aquel trono que da el saber. Sin embargo, con toda la imprudencia que otorga la (ya no tanta) juventud, nos atreveríamos a tirar de privilegio y decir que ser experto es también un edadismo. Haciendo el pino. Invertido. En el marco de la vejez hay que estar dispuestos a pensar desde los primeros, temblorosos y triunfantes pasos. Que no se sienta uno extranjero en tierra de todos.

Relación de autores

Ponentes

- Charo Azcutia Gómez, directora de Continuidad Asistencial, Hospital Universitario 12 de Octubre, en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).
- Victòria Camps Cervera, catedrática emérita de Filosofía Moral de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Joan Canimas Brugué, experto en Ética aplicada. Profesor de la Universitat de Girona.
- Paloma Navas Gutiérrez, doctora en Medicina Preventiva y Salud Pública en el Hospital Universitario El Escorial. Vocal de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPH).
- Juan Manuel Pérez-Castejón Garrote, jefe de estudios de la Unidad Docente en Badalona Serveis Assistencials.
- Àngel Puyol González, catedrático de Ética en la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Andreu Segura Benedicto, coordinador del Grupo de Trabajo de Ética y Salud Pública de SESPAS.
- José Antonio Seoane Rodríguez, catedrático de Filosofía del Derecho de la Universidade da Coruña.

Expertos

- Margarita Boladeras Cucurella, catedrática emérita de Filosofía Moral y Política de la Universitat de Barcelona.
- Javier García León, departamento de Metafísica y Corrientes Actuales de la Filosofía, Ética y Filosofía Política. Universidad de Sevilla.
- Maria Gasull Vilella, enfermera, licenciada en Humanidades. Exprofesora de la EUI Sant Pau UAB. Residente en un Hogar-Residencia en Barcelona.

- Joan Guix Oliver, médico, especialista en Salud Pública. Medical Anthropology Research Centre (MARC). Universitat Rovira i Virgili.
- Colectivo Minerva, integrado por Carmen Domínguez-Alcón, Montserrat Busquets Surribas, Anna Ramió Jofre y Núria Cuxart Ainaud.
- Màrius Morlans Molina, médico nefrólogo. Vicepresidente del Comitè de Bioètica de Catalunya.
- Iris Parra Jounou, enfermera. Investigadora predoctoral en la UAB.

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética

64. *Bioética y derecho de la salud pública*
63. *Inteligencia artificial en salud. Retos éticos y científicos*
62. *Soledad no deseada en la era digital*
61. *Discapacidad y equiparación de derechos*
60. *Cuidarse en la sociedad entre pandemias*
59. *La atención a las necesidades sociales y sanitarias, ¿sumamos o dividimos?*
58. *Salud pública y COVID*
57. *Ciudades que cuidan, también al final de la vida*
56. *La salud pública, el género y la ética*
55. *Soledad, envejecimiento y final de la vida*
54. *Sexualidad y diversidad funcional*
53. *Nuevos escenarios en salud e investigación clínica*
52. *Ética y promoción de la salud. Libertad-paternalismo*
51. *Una mirada ética en la gestión de conflictos*
50. *Pensar la maternidad*
49. *Publicidad y salud*
48. *Prioridades y políticas sanitarias*
47. *Ética y donación de plasma: una mirada global*
46. *Comités de Ética y consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial?*
45. *CRISPR... ¿debemos poner límites a la edición genética?*
44. *Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?*
43. *¿Debemos revisar el concepto de muerte?*
42. *Iatrogenia y medicina defensiva*
41. *Eutanasia y suicidio asistido*
40. *Ethical aspects of research with children*
39. *Discapacidad, nuevos enfoques y retos éticos a la luz de la Convención de la ONU*
38. *Ética, salud y dispendio del conocimiento*
37. *Determinantes personales y colectivos de los problemas de la salud*
36. *Ética y altruismo*
35. *Treinta años de técnicas de reproducción asistida*
34. *Ética de la comunicación corporativa e institucional en el sector de la salud*
33. *Alcance y límites de la solidaridad en tiempos de crisis*
32. *Ética y salud pública en tiempos de crisis*
31. *Transparencia en el sistema sanitario público*
30. *La ética del cuidado*
29. *Casos prácticos de ética y salud pública*
28. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*
27. *Ética y salud pública*
26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
24. *Maleficencia en los programas de prevención*
23. *Ética e investigación clínica*
22. *Consentimiento por representación*
21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*
20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
17. *El bien individual y el bien común en bioética*

16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*
14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
 9. *Ética y sedación al final de la vida*
 8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
 7. *La gestión de los errores médicos*
 6. *Ética de la comunicación médica*
 5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
 4. *Medicina predictiva y discriminación*
 3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
 2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
 1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació

6. *La interacción público-privado en sanidad*
5. *Ética y biología sintética: cuatro corrientes, tres informes*
4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Interrogantes éticos

5. *Pedagogía de la Bioética*
4. *Repensar el cuerpo*
3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

