

## *Medicina y vejez: ¿Una conflictualidad de etiología social?*

Mauricio A. Soto Subiabre <sup>1</sup>

### **1.- Introducción**

En la propuesta diaria de construir medicina, nos enfrentamos no sólo a las problemáticas particulares de un paciente que sufre o que precisa de alivio, sino que también hemos de asumir las responsabilidades que cada grupo etáreo nos impone y transmite. Se constituyen escenarios distintos en la medida que nos acercamos a la fragilidad del recién nacido o al deterioro paulatino de la vejez; del mismo modo, el predominio de determinadas patologías, hace necesario un enfrentamiento completo y en la mayoría de los casos, complejo.

Pero no basta con asumir que las diferentes etapas de la vida, traducen responsabilidades puntuales, debemos estimular nuestro interés por definiciones concretas y plausibles a la cotidianidad de nuestro desempeño médico. No basta con tener clara la indicación de una cirugía en un paciente mayor, sino somos capaces de asumir con convicción humana la responsabilidad ineludible que como médicos hemos de transmitir en nuestro desempeño diario. Lo mismo se extrapola a las comunidades y sociedades donde los pacientes mayores se han desarrollado y contribuido.

La presente revisión, tiene como finalidad reconocer y estructurar nuestro rol médico en ese proceso fundamental, de construcción de nuestras definiciones y sustentos del actuar médico responsable en el contexto del paciente adulto mayor.

Al entender que la vejez constituye un estado y el envejecimiento un proceso, se da una aproximación clara al concepto biográfico en tales definiciones, donde el sentido (comprensión particular) y significado (comprensión social) proponen la dualidad necesaria para el desarrollo del sustento teórico con el cual, intereses, exigencias, deberes y derechos puedan ser configurados hacia el bien común. Pero esta vejez se

---

<sup>1</sup> Médico-Cirujano. Residente de Ortopedia y Traumatología. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Email: [masoto5@uc.cl](mailto:masoto5@uc.cl) 9-5926297

reconoce, acepta y desarrolla en un entorno sociocultural de “autocontradicción preformativa”<sup>1</sup>, es decir, se dice algo y se termina por hacer lo contrario. Entonces, no basta con ser capaz, en la particularidad de un análisis, aceptar la vejez y el propio envejecimiento, sino dar la posibilidad de coordinar tales significados personales, por lo general adecuados y lógicos, con la generalidad social, entendiendo con ello, el significado que cada sociedad tiene del envejecimiento y vejez. Se reconoce así, la primera pregunta que abre el camino en este análisis, ¿cuáles son aquellos constituyentes o características societales que desmedran el significado de vejez?

La sintomatología posmodernista de la cultura actual pueda dar la respuesta.<sup>2</sup> El reconocido individualismo contribuye con el aislamiento y abandono de quien envejece. Lo kitsch, impone la sensación de normal funcionamiento social, contribuyendo a comprender lo incomprensible: en nuestro mundo la pobreza, delincuencia, prostitución no existe, pero sí en algún otro mundo; con la vejez sucede lo mismo, al carecer de armas de combate suficientes, el enemigo destructor se niega. Por su parte, el lifting social da la posibilidad de utilizar eufemismos tranquilizadores, académicos, políticos y de largo alcance para reconocer que los viejos, ciegos y pobres han dado paso a los adultos mayores, no videntes y personas de escasos recursos.

En todo este esquema social, se propone un hecho que, a juicio de muchos, parece ser crucial: la *medicalización de la sociedad* como directo contribuyente a la negativa valorización particular y social de la vejez. Los nuevos escenarios, el quiebre de certidumbres y la construcción de un modelo humano distinto, como resultado de una tecnología de la medicina que se abre a la sociedad, permite preguntar, ¿son estos avances entregados a una sociedad crítica, en donde el “imperativo tecnológico”, planteado por H. Jonas, es sólo la potencial complicación de lo nuevo o el objetivo a cumplir?<sup>3</sup> Se cree que el progreso científico ha de permitir alejarse de un proceso biológico irreversible y de una condición cierta, sin embargo, ¿no será que la sociedad, con un profundo y descuadrado deseo evolutivo, a utilizado y traicionado a la medicina reconociendo en ella la culpabilidad de sus miedos y ambiciones? Pero más que dar una respuesta, parece más lícito aún, preguntarse, ¿dónde están aquellos productores del progreso en su rol educativo? Y pareciera que su responsabilidad no estaría en la permanente creación de tecnologías ni en decisiones de aquello que se debe hacer o no, sino más bien, en el reconocimiento prudencial que se haga de aquello presentado como nuevo.

## 2.- Dilemas bioéticos en torno a la vejez.

Pareciera que establecer una relación entre el envejecimiento y la medicina es fácil. Es simplemente, dar explicación biológica a un proceso natural, en donde el agotamiento celular o los consecutivos errores en la codificación del material genético, satisfacen cualquier respuesta del porqué se envejece. Sin embargo, en el momento que la medicina deja caer sus avances y alcances hacia una vejez de explicación social

---

<sup>2</sup> Outomuro, D. Algunos dilemas bioéticos en torno a la vejez. *Ars Medica*. Vol 8. Número 8.

<sup>3</sup> Chile envejece: progreso y desafío. *Informa Ethos* N° 42, año 2005, Centro de Ética. Universidad Alberto Hurtado.

deteriorada y comprensión escasa o negada, la situación avanza en complejidad y no resultará correcto reducir la atención médica a una patología en un paciente mayor. Y el no invocar a este reduccionismo biológico permite acercarse a comprender algunos problemas.

Actitudes paternalistas, justificación de costos en la atención de la vejez, calidad de vida, derechos, relación entre generaciones, objetivos en los procesos diagnósticos y terapias, ensañamiento terapéutico, calidad en la relación médico-paciente, consentimiento informado, incompetencia mental, paciente institucionalizado, son algunos de los dilemas que se plantea la medicina en su proceso de toma de decisiones. Cada problemática cumple con el rol de reconocer el marco cultural actual, el enfrentamiento del envejecimiento con un mundo de relaciones e interpretaciones y el profundo vacío que, reconocido y delimitado, aún no ha sido cubierto. Así, un conflicto social de siglos, hace su máxima representación en el momento que toma contacto con aquella ciencia destinada, desde siglos también, a la sanación y recuperación de estados mórbidos, desviando el eje desde la problemática vejez-sociedad al conflicto vejez-medicina, con lo cual se complejiza el rol de esta última y se admite lo lógico de dar respuesta y justificar sus acciones, respecto de la vejez hacia la sociedad, es decir, el modelo tecnocientífico de la medicina interviene en el diagnóstico y en la resolución de problemas sociales, generando la conflictualidad médica.<sup>4</sup>

Cada problemática es una solución de posibilidad, sin embargo, si bien todos estos alcances, en mayor o menor medida, permiten acercarse a depurar la relación medicina-vejez, algunos decantan con mayor fuerza y responsabilidad, ya que muestran el contexto intrínseco y la problemática fundamental de la vejez, no sólo enferma, en su contacto con una medicina que debe justificar su accionar y dar las explicaciones correctas a una sociedad que, por siglos, mantiene la misma idea de vejez.

En consideración con lo anterior, el paternalismo, conflictos en la distribución de los recursos y las relaciones intergeneracionales, promueven un particular interés, ya que permiten entender la conflictualidad en la dimensión necesaria y justa, permitiendo así, abrir diálogo respecto de la pregunta conductora.

### **Paternalismo.**

Cuando alguien argumenta la necesidad de hacer el bien al otro, aquello no merece mayor discusión ni análisis, a lo cual agregaría, en la medida de lo posible; sin embargo, si ese mismo alguien sustenta su necesidad de hacer el bien, independiente de la aceptación o negativa del otro, la situación cambia y ya no es tan fácil estar completamente de acuerdo. Y es eso, precisamente, lo que define el paternalismo, “hacer el bien al otro sin dejarle la posibilidad de negarse”.<sup>5</sup> Los alcances de este problema están a nivel de la autonomía, competencia y la capacidad de decisión de un anciano enfrentado a la cotidianeidad y que alcanzan su máxima expresión en su enfrentamiento con la medicina.

---

<sup>4</sup> GARCÍA FÉREZ, J. “Bioética y Personas Mayores”. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 4. [Fecha de publicación: 31-03-2003].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-bioetica-01.pdf>>

<sup>5</sup> BOITTE, P. El envejecimiento: oportunidad para una medicina en busca de sus finalidades. Acta Bioética. Año VII, N° 1. 2001

### **Autonomía**

La autonomía es el autogobierno, la competencia traduce una determinación social donde se reconoce la potencialidad de alguien en el desempeño de una tarea y la capacidad de decisión, se reconoce en la “determinación clínica de un paciente en tomar decisiones respecto de intervenciones terapéuticas u otras relacionadas con su salud”.<sup>6</sup> Con tales definiciones, resulta fácil comprender que no necesariamente la falta de competencia representa un desmedro en la autonomía y viceversa; del mismo modo, la ausencia de estas condiciones no permite aseverar la falta absoluta en la toma de decisiones, ya que un déficit de memoria no inhabilita para comprender una condición de salud y a partir de ello, sea de forma colaborativa (a través del médico o una familia adecuadamente informada) o no, decidir lo conveniente.

Pero, ¿cuál es la diferencia, entre todo lo antes planteado, cuando se reconoce la presencia o ausencia de tales capacidades en un niño o un adulto mayor? Quizás la respuesta estará en la potencialidad, en que el niño a pesar de ser igualmente dependiente, a cada momento, en cada paso dado, en cada palabra emitida, se le propone e incentiva la autonomía. Esto permite, cada vez con mayor conciencia, comprender que gran parte de la problemática tiene un claro sustento (y por tanto responsabilidad) social, lo que sin duda, daría paso a una redefinición del rol de la medicina en su relación con la vejez.

### **Asignación de recursos: ¿racionalización?**

Los avances científicos han representado la justificación de la llamada medicalización social, sin embargo, esto permite preguntarse ¿qué fue primero?, ¿el progreso tecnológico que se abre a una sociedad necesitada o la hipertrofiada necesidad de una sociedad que exige tales avances? Sin duda que se ha medicalizado la vejez, pero a cada momento se cuestiona tal situación argumentando el impacto negativo que esto tiene en la economía estatal y privada. Quizás tampoco sea difícil para la medicina reconocer las instancias en que el rol se traspasa desde lo curativo a la función de cuidado, si la racionalidad técnica e instrumental se imponen al pensamiento humanista médico. El real problema está, en la efectividad de la medicina en argumentar la distribución adecuada de los recursos de la atención en salud de quienes envejecen y la correcta comprensión social que se haga de tal análisis. El discurso se distribuye entre las restricciones de edad, lo que para muchos es éticamente incorrecto; las justificaciones políticas, en donde la medición de la capacidad productiva y su efecto en el futuro resulta escaso; o la mayor potencialidad de deterioro que se reconoce en tal grupo.

¿Se puede distinguir la existencia de muertes que impliquen una vergüenza a la naturaleza humana? En este sentido D. Callahan reconoce la existencia de muertes aceptables sobre la base de: cuando las posibilidades de la propia vida han sido consumadas en su totalidad, las obligaciones morales que se tienen para con los que dependen de cada uno han sido canceladas y nuestra muerte no daña la sensibilidad humana ni es un atentado contra la aceptación social. Se reconoce nuevamente, un acercamiento cada vez más profundo en lo biográfico y las significaciones sociales,

---

<sup>6</sup> LOLAS STEPKE, F. Las dimensiones bioéticas de la vejez. Acta Bioética. Año VII, N° 1. 2001

dejando que las definiciones o los puntos de corte tengan, cada vez más, una connotación antropológica. En ese contexto y considerando su aplicabilidad en la vejez, el rol de la medicina estaría no en evitar tal muerte, sino más bien, proporcionar cuidados de acompañamiento y evitar el sufrimiento de la persona. Del mismo modo, D. Callahan, reconoce la necesidad de implementar políticas que deban tener en cuenta todos los grupos etáreos, es decir, criterios fijos, objetivos y universales; pero del mismo modo acepta los problemas que esto impone y reconoce la ausencia de una solución capaz de satisfacer, de igual forma, las necesidades de todos.<sup>7</sup>

Por su parte N. Daniels, también propone igualdad de oportunidades; sin embargo, dado que las oportunidades de los menos aventajados son reducidas, los recursos han de desviarse a las personas mayores de 65 años y los minusválidos, con lo cual no se ha de solucionar ningún problema, ya que las ganancias de un grupo implican siempre pérdidas en otro. Con lo anterior, el problema se reduce a la edad, ¿por qué la vejez y no la niñez?, ¿se reduce una construcción ética de la vejez sólo a derechos? O si se aceptan repartir los recursos ¿cuánto?, ¿se potenciarían los cuidados paliativos o los tratamientos curativos?

#### **Relaciones intergeneracionales.**

Es claro el cambio que, a lo largo de la historia, ha debido soportar el aprecio social por la vejez. En épocas primitivas se coincide en atribuir al anciano una autoridad política, social y cultural de grandes proporciones, sobre todo en culturas ágrafas, donde ellos traducen la memoria comunitaria, son depositarios de tradición y llegan a ser columnas de la identidad en una comunidad.<sup>8</sup> Sin embargo, el fallo en la memoria, significa la imposibilidad de cumplir el rol socialmente reconocido, promoviendo su desplazamiento o incentivando una automarginación. Poco tiempo pasa, para que la cultura clásica considere la vejez como una enfermedad; en la antigua Grecia, se da paso a los reconocidos hombres perfectos como gobernantes, es decir, el adulto (el hombre maduro) depositario de la razón, ya que los ancianos, jóvenes y bárbaros la presentan débilmente.<sup>5</sup> En la actualidad, el anciano, el “viejo” es considerado sector pasivo, una persona jubilada, cuyo aporte social ya fue hecho, cuya contribución social se reduce al cumplimiento de derechos (por ejemplo, manutención y salud de fácil acceso), es decir, la relación entre vejez e inutilidad se hace cada vez más patente. Todo lo cual contribuye a reconocer lo bello, bueno y saludable con la juventud y la enfermedad e inutilidad con la vejez.

Vuelvo a insistir en la connotación antropológica de estos considerandos, elementos que la medicina no puede explicar, ni menos sustentar, pero si ha de tener presente en el momento de elaborar sus propias estrategias en el enfrentamiento de la vejez.

El problema está en como se sustenta una relación intergeneracional a priori dependiente, que el mismo contexto socio-cultural reduce sólo a transferencia de recursos, de justificaciones en por qué dar o recibir, en desmedro de la complementariedad, de la asunción de roles o del simple flujo de la vida. En este

---

<sup>7</sup> Cfr. Callahan, D. *Setting Limits. Medical goals in an aging society.* New York, Simon and Schuster, 1987, pp. 65-81

<sup>8</sup> MERCADO RODRÍGUEZ, C. Dilemas bioéticos en geriatría: toma de decisiones médicas. *Acta Bioética.* Año VII, N° 1. 2001

sentido, Lolas plantea algunas justificaciones que merecen un análisis. La *necesidad (es)* de quien envejece podría sustentarse por una cierta actitud beneficiante de los más jóvenes; sin embargo, la dificultad en reconocer una necesidad como real (en distingo de un simple deseo) y el potente análisis resultante del dar por dar, en las condiciones actuales del mundo que nos corresponde vivir, no se sustentan como explicación de este fenómeno. La *reciprocidad*, es decir, una regla antropológica que impone un pseudocontrato entre ancianos y jóvenes, a través del cual estos pagan alguna deuda, a un costo desconocido tanto en lo cuali como cuantitativo, por algo que no se ha elegido ni preparado a recibir. Una *solidaridad* bidireccional, intrínseca al desempeño humano, contribuiría a que los jóvenes den a los ancianos, como una clara representación de la adecuada distribución de bienes y servicios. Finalmente, la *gratitud*, puede acercarse a justificar una conducta, sin embargo, tal como se plantea, las conductas humanas perfectas no han de ser fundamentadas en la simpleza de la gratitud.

### 3.- Conclusiones

El deterioro en la relación vejez-medicina, no es más que la continuación de una política social de separación, imposición y negación. Los países envejecen, la expectativa de vida aumenta y persisten las dificultades para reconocer que un grupo, en una etapa lógica de la vida, merezca aquello que los demás disfrutaban sin gran cuestionamiento.

No es novedad la cantidad importante de conflictos y conflictualidades que la medicina de nuestro siglo enfrenta. Una medicina sobrepasada por tecnologías, donde las finalidades de su creación están cada día en mayor cuestionamiento, permite reconocer un período de transición, en el cual se debe redefinir un rol que, por cultura y transmisión de información, se ha mantenido estancado: la curación como pilar fundamental. Pero la llamada nueva morbilidad, esa de sociedades comprometidas con el desarrollo, aporta con situaciones humanas en que difícilmente la medicina puede dar una definitiva solución; del mismo modo, la patología terminal impone una constante redefinición de estilos, formas y objetivos de una medicina que, cada vez más, reconocería en tal contexto un sentido paliativo y no curativo. Pareciera que de forma constante la medicina enfrenta una dualidad contemporánea de finalidades, donde la incertidumbre como eje, propone a cada momento la necesidad de encontrar el equilibrio entre lo curativo y paliativo, entre la victoria de la enfermedad y la calidad de vida resultante. De esta forma, una sociedad ya deteriorada en sus apreciaciones respecto de la vejez, descansa en la potencialidad resolutoria de la medicina, entendiéndola como un referente de presentación, es decir, si la historia no propone los cambios, si las redefiniciones culturales no se hacen patentes, será la práctica cotidiana de la medicina quien proponga los eslabones resolutorios para encaminarse al mejoramiento de una relación deteriorada, como consecuencias de prácticas sociales que desvirtúan el sentido de un proceso evolutivo; en esta línea, la medicina ha sido capaz, en parte, de dar una explicación coherente y cierta al proceso biológico del envejecimiento, a las desventajas que una edad extrema confiere y es precisamente esta claridad en los conceptos, la herramienta que una medicina educativa y de permanente entrega de información, debe utilizar para dar el conocimiento necesario y práctico que

permita a la sociedad acercarse a comprender los verdaderos alcances del envejecimiento.

Todo lo anterior, ¿una problemática social? Sin duda, pero teniendo como referente que el comportamiento social, rara vez, permite reconocer como verdaderas y lógicas las nuevas finalidades médicas. La ancianidad, vejez o envejecimiento cabe en la misma línea de desarrollo. El rol de la medicina, no tendrá utilidad ni sustento práctico, en tanto cuanto, el colectivo mantenga relaciones gratuitas de vejez-muerte, vejez-abandono o vejez-estorbo, y si bien la funcionalidad de una medicina es clave, no resultará de su responsabilidad absoluta ese cambio conceptual. Por una parte, la sociedad se medicaliza en virtud de conflictos de relaciones e intereses no solucionables y por otro lado, la medicina se politiza, como resultante de la utilización que las políticas públicas hacen de esta para cumplir su rol.

En fin de cuentas, la medicina ha cargado con la incapacidad de una sociedad de valores trastocados, y esta última, pretende que la esperada solución se disponga por cuenta de una medicina cada vez más complejizada, de una medicina de latente cuestionamiento, de una medicina que, como paradoja de los tiempos modernos, es víctima de ¿una sociedad desarrollada?

Pareciera que el punto de partida es simple: redefinir la vejez. Y lograr una nueva definición, parte por la reestructuración cultural de los ideales humanos, de sustentar los nuevos conceptos no en creencias gratuitas de estilos de vida modernos y perpetuos, sino más bien, partir de la realidad concreta y reconocer que la naturaleza del envejecimiento, va más allá de acercarse a una etapa de la vida en que todo se merma o todo es perjuicio, condición que, sin duda alguna, la medicina no puede hacerse absolutamente responsable, pero si contribuir a proporcionar la información necesaria que probablemente, permite dar paso a nuevos conceptos sociales.