UACM

Universidad Autónoma de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

Para vivir en grande
Situación del adulto mayor en el DF y planteamiento de soluciones a futuro

Trabajo recepcional presentado por Bojórquez Rojas Julio Eduardo
para obtener la Licenciatura en Promoción de la Salud

México, .D.F., otoño 2011

UACM
Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

CA Coordinación Académica

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Durante todos estos años he conocido y compartido momentos con muchas personas que me han apoyado, no sólo en lo académico y científico, sino también en lo personal.

A mis padres, que dieron forma y formación a este muñeco sorprendentemente hermoso, ampliamente talentoso y asombrosamente modesto.

A mis abuelos †, quienes me inspiraron a escribir el presente trabajo y me enseñaron que a pesar de vivir en el cielo siempre tienen un tiempo para bajar a tomar un café en mi corazón, y muy a su manera dejaron algo en mí.

Al Dr. Mariano García Viveros †, humanista, visionario, maestro, médico comprometido con la salud y la vida, enfocado en el bienestar humano y que puso la primera piedra para formar esta licenciatura.

A Luís Ernesto y Raúl quienes me enseñaron que los hermanos pueden ser amigos.

A Juanito, León Felipe, "Marcy", Rodrigo García, Leobardo Guerra, Vanessa Ortega, Leonel Martínez, Elba Galicia, Karen Mendoza, etc. quienes me enseñaron que los amigos también pueden ser hermanos.

A 愛野美奈子 (Minako Aino), quien es mi princesa y la principal inspiración para haber logrado lo que tengo ahora y que me inspira a seguir aún más lejos en mi vida.

Al General Abel Romero quien me enseñó que un hombre íntegro es aquel que no le niega la oportunidad a un semejante.

A las angelicales Karla Santana, Natalia Esperón, Inés de la Fuente, Kathryn Beckinsale, Karla Martínez, Irán Castillo, Gypsy Mares, Marisol Terreros, Elena Ortiz, Cecilia Ponce, Montserrat Magallanes, Katherine Heigl, Siouzana Melikian, Elena Cáceres, Alexandra Lozano, las que me acompañaron y acompañan, y que finalmente entendieron después de tanto insistir que yo no puedo ser hombre de una sola mujer. Pero que a la vez cada una de ellas me dejo un hermoso e inolvidable aprendizaje (y una particular manía) que me ayudo a avanzar en mi vida cada vez más y a seguir creando, llenándome de ilusión e inspiración al estar acompañado de tan bellas musas.

A Roberto Govea † quien me enseñó que el trabajo puede llevar escondido un amigo, que aún desde el cielo te acompaña y apoya.

A Edgar Ricardo Arjona Morales y Soraya Raquel Lamilla Cuevas †, quienes me enseñaron a creer en mí mismo más allá de lo que yo estaba dispuesto a creer, le dieron música a mis primeras aventuras y me incitaron a crear la mía propia.

Al Ex presichente Fox y al espurio lipe Calderón (a este último ya le perdieron la Fe) sin cuya apreciable colaboración y barrabasadas no hubiese sido posible escribir lo referente a la crisis neoliberal y sus consecuencias en México.

Al Profesor Guillermo Flores y los lectores de este trabajo recepcional, que no sólo me honraron con sus observaciones, sino que además abrieron la posibilidad concreta, hasta entonces vaga como un sueño en mi interior, de publicar este libro.

Al Profesor Alfredo Salazar que le dio corrección y estilo a esta obra y quien se interesó en un servidor y su tema.

A los Profesores como Zenia Yébenes y Héctor Aguiluz, ellos cuya cátedra se convirtió en charla, que me dieron consejo, alivio y lo mejor de todo, apoyo incondicional.

A los Profesores García y Gómez que nunca creyeron en mí (y siguen sin hacerlo), al Profesor Calderón que nunca me entendió. Me recordaron que a pesar de todo mi esfuerzo anterior, mi vida no es ningún abierto pergamino y que debo seguir labrando mi camino, mi futuro viable. Nadie tiene derecho a mirar a otro hombre hacia abajo, si no es para ayudarlo a levantarse y apoyarlo.

A todos ellos y muchos más sin dejar a nadie en el olvido, quiero agradecerles su tiempo, sus palabras y su apoyo, ya que me hicieron lo que soy, a ustedes simple y llanamente
GRACIAS.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 9
MARCO TEÓRICO 9
OBJETIVO GENERAL 12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 12
DISEÑO METODOLÓGICO 12

CAPÍTULO 1: ¿QUÉ ES LA PROMOCIÓN DE LA SALUD? 13
1.1 Médico hegemónico, higiénico-preventivista o salubrista 14
1.2 Estilos de vida 15
1.3 Emancipatorio 18
1.4 Sociohistórico 23

CAPÍTULO 2: LA DIGNIDAD DEL HOMBRE 27
2.1 La dignidad del hombre en Pico della Mirandola 29
2.2 La dignidad del hombre en Fernán Pérez de Oliva 32
2.3 La dignidad del hombre en Emmanuel Kant 34
2.4 Ubicación de la dignidad en el hombre contemporáneo 38

CAPITULO 3: ASPECTOS RELEVANTES DEL ENVEJECIMIENTO 48
3.1 Reflexión filosófica: el envejecimiento y la dignidad del adulto mayor 49
3.2 Aspectos biológicos del envejecimiento 57
3.3 Aspectos sociomédicos del envejecimiento 66
3.4 Geriatría y gerontología 71
3.5 Derechos de los adultos mayores 73
3.6 ¿Pero todo es positivo en este avance científico y tecnológico? 76

CAPITULO 4: LA EXPERIENCIA INDIVIDUAL Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR 82
4.1 La vejez en la sociedad actual: números y situación 83
4.1.1 La vejez: una realidad antropológica e histórica innegable 83
4.1.1.1 En las culturas primitivas: el viejo como sujeto de más autoridad 83
4 1.1.2 En la cultura griega clásica: el viejo como enfermo 84
4.1.1.3 En el mundo moderno: el viejo como jubilado 85
4.1.2 La nueva situación de los ancianos en los países desarrollados 85
4.1.2.1 Aspectos demográficos 86
4.1.2.2 Seguridad social 92
4.1.2.3 Jubilación 101
4.1.2.4 Las pensiones hoy 104
4.1.2.5 Los principales problemas 108
4.1.2.6 Las personas ancianas en una sociedad en cambio 109
4.1.2.7 ¿Qué significa todo esto para nosotros? ¿Podemos vivir más y mejor? 110
4.1.2.7.1 El aplazamiento del envejecimiento biológico 114
4.1.2.7.2 El avance del envejecimiento social 115
4.1.2.7.3 El "ageísmo" en una sociedad tecnicista y utilitarista 117
4.1.3 La deshumanización en torno a la ancianidad en América Latina 119
4.1.3.1 Aspectos demográficos 120
4.1.3.2 Envejecer en América Latina: principales problemas 120
4.1.3.3 El anciano en México 122
4.2 Conceptualización para el estudio del envejecimiento 124
4.2.1 Sentido y significado de la vejez 125
4.2.1.1 Características fundamentales del envejecimiento humano 125
4.2.2 Hacia una reflexión científico-existencial sobre el envejecimiento 128
4.2.2.1 Objeto *y* finalidad de la gerontología 128
4.3 La persona que envejece en el marco de su experiencia concreta. La comprensión de la vejez a partir de las ciencias humanas 129
4.3.1 Algunos aspectos sociológicos del envejecimiento 129
4.3.1.1 La vejez como una etapa de adaptaciones 129
4.3.1.1.1 Adaptación a los cambios en el ámbito familiar 130
4.3.1.1.2 Adaptación a los cambios de la situación laboral: la jubilación 131
4.3.2 ¿Por qué envejecemos y por qué morimos? 132

4.3.3 ¿Qué significa todo esto que aquí presento? 140

CAPÍTULO 5: EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO FEDERAL 146
5.1 La ciudad de México 147
5.1.1 Hidrografía 146
5.1.2 Relieve 147
5.1.3 Clima y medio ambiente 148
5.1.4 Datos estadísticos 150
5.1.4.1 Población 150
5.1.4.2 Dinámica Poblacional 153
5.1.4.3 Zona Metropolitana 154
5.1.4.4 Crecimiento 155
5.1.4.5 Natalidad y Mortalidad 155
5.1.4.6 Movimientos migratorios 156
5.1.4.6.1 Emigración interna 156
5.1.4.6.2 Inmigración interna 157
5.1.4.6.3 Emigración internacional 158
5.1.4.7 Lenguas 159
5.1.4.8 Vivienda 159
5.1.4.9 Hogares 160
5.2 Factores de riesgo del adulto mayor en el DF 160
5.2.1 Salud mental 163
5.2.2 Sexualidad 166
5.2.3 Insomnio 167
5.2.4 Maltrato y violencia 167
5.2.5 Demencia 169
5.3 Encuesta de salud, bienestar y envejecimiento 170
5.3.1 Material y métodos 171
5.3.2 Análisis estadístico 172
5.3.2.1 Indicadores sociodemográficos 172
5.3.2.1.1 Género y edad 172
5.3.2.1.2 Estado civil 174
5.3.2.1.3 Cuidador del adulto mayor 175
5.3.2.1.4 Escolaridad 174
5.3.2.2 Estado funcional 176
5.3.2.2.1 Funcionalidad básica e instrumentada 176
5.3.2.2.1.1 Funcionalidad básica 177
5.3.2.2.1.2 Funcionalidad instrumentada 180
5.3.2.3 Estado psicoafectivo y cognoscitivo 189
5.3.2.3.1 Estado psicoafectivo 189
5.3.2.3.1.1 Calificación de la escala de depresión geriátrica (geriatric depresion scale o gds 5) por género 190
5.3.2.3.1.2 Deterioro Cognoscitivo 193
5.3.2.4 Indicadores nutricionales 197
5.3.2.1.4.1 Estado nutricional 197

CAPÍTULO 6: LA BIOÉTICA EN EL EJERCICIO MÉDICO FRENTE AL ADULTO MAYOR. 199
6.1 El papel de la ética en la relación médico-paciente 200
6.1.1 Antecedentes 200
6.1.2 El papel de la bioética 202
6.2 La bioética médica contemporánea 210
6.3 Los principios fundamentales de la bioética 211
6.4 La bioética médica en la atención del adulto mayor 215
6.4.1 Formación profesional 215
6.4.2 La atención de los adultos mayores 218
6.4.3 El envejecimiento: entre la medicina y la bioética 221
6.4.4 El cuidado de los ancianos, responsabilidad familiar y social 222
6.4.5 La propuesta de la bioética médica 230
6.4.6 Un caso del final de la vida: paciente con hipertensión y bloqueo auriculoventricular 233

CONCLUSIONES 237
Bibliografía 266

"La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario."

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud

Introducción

¿Los tratamos como desechos radioactivos? ¿Los ocultamos? ¿Les dejamos de proporcionar servicios médicos? ¿Los recluimos en instituciones? Suena cruel; pero de alguna manera es lo que, como sociedad, estamos haciendo con los ancianos.

Más de una vez se tiene la sensación de que una situación lo rebasa y pasa por encima de uno. Le da vueltas y vueltas en la cabeza sin encontrar solución. Problema tan grande que, luego de buscar y buscar, termina por no encontrar el final de la madeja. Uno de esos problemas es el de los abuelos. Más que de los abuelos, de la gente mayor en general.

Todo ha cambiado mucho en los últimos años. El mundo ya no es lo que era hace veinte años, y tampoco se parece a lo que imaginaron los abuelos cuando aún eran jóvenes.

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos demográficos de mayor importancia para México y el Resto del Mundo. De acuerdo a los datos presentados en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, la población de adultos mayores era del 8% para 1950 y se proyecta que para el 2050 será del 21%.[1] México no está exento de este fenómeno, se calcula que en el 2002 había 6.8 millones de adultos mayores y se proyecta que para el 2050 serán 36.2 millones de adultos mayores de 60 años.[2]

El Distrito Federal es la entidad del país con el mayor porcentaje de personas mayores de 60 años. En 1995 había 651,126 mayores de 60 años (8% de la población) para el año 2005 el número aumentó a 876,623 personas adultas mayores lo que representa 8.5% de la población total, un punto porcentual arriba de la media nacional que es de 7.5%. De ellos, 403,511 son adultos mayores de 70 años. Las Personas Adultas Mayores de 70 años han tenido un incremento poblacional en el Distrito Federal de 3.8% en el año 2000 a 4.67% en el 2006.[3]

El aumento de la esperanza de vida no significa que las condiciones de la población hayan mejorado, por el contrario una de las características de este grupo poblacional es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales, cognitivas y una alta incidencia de enfermedades crónico degenerativas, todo ello conlleva a limitar en mayor o menor grado las actividades habituales y necesarias para la vida de los adultos mayores, provocando pérdida de su independencia y la necesidad de depender de una tercera persona.[4]

Cuando se habla de la vejez, es como si esta palabra abarcara una realidad bien definida en verdad, cuando se trata de nuestra especie, nos es fácil delimitarla. Es un fenómeno biológico: el organismo del hombre de edad presenta ciertas singularidades. La vejez acarrea múltiples consecuencias, entre

---

1 Naciones Unidas. Declaración Política de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Rev Esp Geriatría Gerontológica. 2002;37(2S):8-11

2 Partida V. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. Proyecciones de Población de México 2000-2050. México, D. F.: Consejo Nacional de Población ;2002

3 Zúñiga E, Gómez C, pobreza, curso de vida y envejecimiento poblacional en México. En: Consejo Nacional de Población, La situación demográfica de México 2002. México D. F. CONAPO; 2002, pp 383-416

4 Fried L Guarlnik J. Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. J Am Geriatr Soc 1997;45:92-100

ellas las psicológicas: ciertas conductas se consideran con justa razón como características de una edad avanzada. Como todas las situaciones humanas, tiene una dimensión existencial: modifica la relación del individuo con el tiempo, por lo tanto, su relación con el mundo y su propia historia. Por otra parte, el hombre no vive jamás en estado de naturaleza; en su vejez, como en cualquier edad, su condición le es impuesta por la sociedad a la que pertenece. Lo que hace compleja la cuestión es la estrecha interdependencia de estos diferentes puntos de vista. Es una abstracción, como se sabe ahora, considerar por separado los datos fisiológicos y los hechos psicológicos: se gobiernan mutuamente. Ya veremos que en la vejez esta relación es particularmente evidente, siendo por excelencia, la esfera de lo psicosomático. Sin embargo, lo que se llama la vida psíquica de un individuo sólo puede entenderse a la luz de su situación existencial; esta tiene, pues, repercusiones sobre su organismo; y a la inversa: la relación con el tiempo se experimenta de modo diferente según que el cuerpo esté más o menos deteriorado.

La sociedad asigna al adulto mayor su lugar y su papel teniendo en cuenta su idiosincrasia individual, su importancia, su experiencia, recíprocamente el individuo está condicionado por la actitud práctica e ideológica de la sociedad para con él.

Titiriteros de la compañía "In the heart of the beast" representan el encuentro del príncipe Siddhārtha con el anciano. FUENTE: http://www.hobt.org/

Cuando Buda era todavía el príncipe Siddhārtha, encerrado por su padre, en un magnífico palacio, se escapó varias veces para pasearse en carruaje por los alrededores. En su primera salida encontró a un hombre achacoso, desdentado, todo lleno de arrugas, canoso, encorvado, apoyado en un bastón, balbuceante y tembloroso. Ante su asombro, el cochero le explicó lo que es un viejo: "*que desgracia, exclamó el príncipe, que los seres débiles e ignorantes, embriagados por el orgullo propio de la juventud, no vean la vejez. Volvamos rápido a casa. De qué sirven los juegos y las alegrías si soy la morada de la futura vejez*"[5].

Buda reconoció en un anciano su propio destino porque nacido para salvar a los hombres, quiso asumir su condición total. En eso se diferenciaba de ellos, que eluden los aspectos que les desagradan. Y en particular la vejez. Al respecto, Simone de Beauvoir escribía "*Norteamérica ha tachado de su vocabulario la palabra muerte: se habla del ser querido que se fue; asimismo evita toda referencia a la edad avanzada. En Francia, actualmente, es también un tema prohibido. Cuando al final de la fuerza de las cosas infringí ese tabú, ¡qué indignación provoqué! Admitir que yo estaba en el umbral de la vejez era decir que la vejez acechaba a todas las mujeres, que ya se había apoderado de muchas. ¡Con amabilidad o con cólera mucha gente, sobre todo gente de edad, me repitió abundantemente que la vejez no existe! Hay gente menos joven que otra, eso es todo. Para la sociedad, la vejez parece una especie de secreto vergonzoso del cual es indecente hablar*"[6]. Sobre la mujer, el niño, el adolescente, existe en todos los sectores una abundante literatura; fuera de las obras especializadas, las alusiones a la vejez son muy raras.

La actitud de la sociedad con respecto a ellos es por lo demás de una profunda duplicidad. En general, no considera a la vejez como una etapa de vida definida. La crisis de la pubertad permite trazar entre el adolescente y el adulto una línea de demarcación que no es arbitraria sino de límites estrechos: a los 18, a los 21 años, los jóvenes son admitidos en la sociedad de los hombres. Casi

[5] Zotz, Volker, "*Buda, maestro de vida*"

[6] De Beauvoir, Simone, "*La vejez*"

siempre esta promoción va acompañada de "ritos de pasaje".[7] El momento en que comienza la vejez está mal definido, varía según las épocas y los lugares. En ninguna parte se encuentran "ritos de pasaje" que establezcan un nuevo estatuto. En política, el individuo conserva toda su vida los mismos derechos y los mismos deberes. El Código Civil no establece ninguna distinción entre un centenario y un cuadragenario. Los juristas consideran que fuera de los casos patológicos la responsabilidad penal de los hombres de edad es tan cabal como la de los jóvenes. Prácticamente no se les considera una categoría aparte y por lo demás ellos no lo querrían; existen libros, publicaciones, espectáculos, emisiones de televisión y de radio destinados a los niños y adolescentes:

Fase final del rito de pasaje a la adultez en los pueblos de África. Figura de la colección Ebony Visions de Thomas Blackshear

a los viejos no. En todos esos planos se les asimila a los adultos más jóvenes. Sin embargo, cuando se decide su condición económica parece considerarse que pertenecen a una especie extraña; no tienen ni las mismas necesidades ni los mismos sentimientos que los otros hombres puesto que basta acordarles una miserable limosna para sentirse en paz con ellos. Esta ilusión cómoda es acreditada por los economistas, por los legisladores cuando lamentan el peso que los no-activos representan para los activos, como si ellos no fueran futuros no-activos y no aseguraran su propio futuro, instituyendo la protección de las personas de edad. Los sindicalistas no se equivocan; cuando formulan reivindicaciones siempre atribuyen una parte importante al problema de la jubilación.

---

[7] La definición de rito alude a una costumbre o ceremonia que siempre se realiza de la misma manera; o según otra acepción, al conjunto de reglas establecidas para el culto o ceremonias religiosas.
Se trata de normas que regulan el comportamiento a seguir, prescriben el protocolo.

Los ritos se componen de una serie de reglas específicas que se aplican a la conducta de manera tal que prescriben el modo en que el hombre debe comportarse frente a los objetos sagrados. Cada rito, está compuesto así de un conjunto de ceremonias, esto es, actos concretos o las fases en que éste puede dividirse. Los objetos relacionados con los ritos se consideran sagrados y pueden ser palabras, instrumentos, cosas o personas que pierden su dimensión profana para adquirir naturaleza sagrada.

Los ritos de pasaje fueron estudiados por Vab Genep y son aquellos que acompañan a las personas en sus cambios de posición social. De esta manera, se sacraliza la modificación de roles y status. Sin embargo, la sacralización no es el único objetivo sino que también estos ritos pueden tener la misión de propiciar buenos augurios para el futuro.

Los ritos de pasaje, suelen comprender tres momentos:

1. Una separación del estado previo
2. Una marginación, un alejamiento
3. Una integración al nuevo estado

En la antigüedad, en las sociedades tribales, los jóvenes pasaban por innumerable ritos de pasaje antes de ser considerados adultos en su sociedad: Domar a la bestia indomable, cazar a la presa más peligrosa, sobrevivir en lo más inhóspito y remoto por cuenta propia, entre otras similares. Todas estas eran pruebas, ritos que dejaban innumerables marcas y lecciones en los jóvenes, tanto físicas como mentales. Pasar el rito no sólo significaba estar un paso más cerca de la "adultez", era adquirir las experiencias necesarias para trascender en este tipo de comunidades. Ser el curandero, ser el jefe de caza, entre otros, dependía de los ritos de pasaje y de experiencias adquiridas tomar el rol que le correspondería a cada uno en la sociedad.

La misma Iglesia Católica Sacra Romana y Apostólica le daba una gran importancia a la magia del ritual. Las misas en Latín; incomprensible para los fieles pero, con un alto contenido de fuerza en las palabras y que buscaba enseñarnos cada día una parte más del misterio de Dios. El bautismo como paso de impío a fiel. La confesión que era un evento de una vez en la vida y un rito de pasaje único, el matrimonio, cuya sacralidad no se ponía en tela de juicio y realmente era un cambio radical en la vida del fiel. La repetición desmesurada de estos y el paso del tiempo han convertido a estos ritos y su importancia a simplemente meras formalidades eucarísticas, cuya marca, huella y lección han sido desgastados hacia un significado casi nulo. No se ponía en tela de juicio y realmente era un cambio radical en la vida del fiel. La repetición desmesurada de estos y el paso del tiempo han convertido a estos ritos y su importancia a simplemente meras formalidades eucarísticas, cuya marca, huella y lección han sido desgastados hacia un significado casi nulo.

Como podemos ver, a lo largo de la historia los ritos (especialmente los de pasaje) han sido medios de aprendizaje y de crecimiento, si observamos de manera detenida nuestras vidas podremos apreciar los innumerables ritos de pasaje, desde un examen, una clase, una entrevista de trabajo, hasta las graduaciones de un centro de estudio, el cambio en el status económico familiar, el lograr alimentar cada día a los hijos luego de muchos intentos infructuosos, toda nuestra vida está llena de ritos de pasaje que cambian nuestra percepción, posición social (dentro de nuestra percepción, nuestro *status quo* cambia constantemente con cada pequeña o gran prueba de estos "ritos de pasaje").

Los viejos, que no constituyen ninguna fuerza económica, no tienen los medios de hacer valer sus derechos; el interés de los explotadores es quebrar la solidaridad entre los trabajadores y los improductivos de modo que éstos no sean defendidos por nadie.

Tan lejos elevamos ese ostracismo que llegamos a volverlo contra nosotros mismos, nos negamos a reconocemos en el viejo que seremos: "de todas las realidades (la vejez) es quizá aquella de la que conservamos más tiempo en la vida una noción puramente abstracta" ha señalado justamente Proust. Todos los hombres son mortales: lo piensan. Muchos de ellos llegan a viejos: casi nadie prevé de antemano este avalar. Nadie debería ser más esperado, nada es más imprevisto que la vejez. Cuando se les interroga sobre su futuro, los jóvenes y, sobretodo, las muchachas, interrumpen la vida a los 60 años cuando más. Algunas dicen: "no llegaré hasta entonces, moriré antes". Y otros incluso: "me mataré antes". El adulto se comporta como si nunca hubiera de llegar a viejo. A menudo, el trabajador se queda estupefacto cuando suena la hora de la jubilación: la fecha estaba fijada de antemano, la conocía, hubiera debido prepararse. El hecho es que a menos de estar seriamente politizado hasta el último momento ese saber le había sido extraño.

Llegando el momento y ya al irse acercando, por lo común, se prefiere a la vejez que a la muerte. Sin embargo, a distancia, consideramos con más lucidez a esta última. Forma parte de nuestras posibilidades inmediatas, nos amenaza a toda edad; y a veces llegamos a rozarla; con frecuencia le tenemos miedo. En cambio nadie se vuelve viejo en un instante: jóvenes o en la fuerza de la edad, no pensamos, como Buda, que estamos habitados ya por nuestra futura vejez, separada de nosotros por un tiempo tan largo que se confunde a nuestros ojos con la eternidad; ese futuro lejano nos parece irreal. Y además, los muertos no son nada; se puede sentir un vértigo metafísico ante esa nada, pero en cierta manera tranquilizada, no plantea problema. "Ya no seré": conservo mi identidad en esa desaparición. A los 20, a los 40 años, pensarme viejo es pensarme otro. Hay algo aterrador en toda metamorfosis. De niño me quedaba estupefacto y hasta me angustiaba cuando imaginaba que algún día habría de transformarme en persona mayor. Pero el deseo de seguir siendo uno mismo generalmente queda compensado a esa tierna edad por las ventajas considerables de la condición de adulto. En tanto que la vejez aparece como una desgracia: aún entre la gente a la que se considera bien conservada, la decadencia física que extraña salta los ojos. Porque la especie humana es aquella en que los cambios debidos a los años son más espectaculares. Se nos aprieta el corazón cuando al lado de una joven hermosa vemos su reflejo en el espejo de los años futuros: su madre. Los indios nambikwaras, cuenta Lévi-Strauss, tienen una sola palabra para decir "joven y bello", y otra para decir "viejo y feo". Ante la imagen que los viejos nos proponen de nuestro futuro, somos incrédulos; una voz en nosotros murmura absurdamente qué no nos ocurrirá. Antes de que nos caiga encima la vejez es algo que sólo concierne a los demás. Así se puede comprender que la sociedad logre disuadirnos de ver en los viejos a nuestros semejantes.

En el futuro que nos aguarda está la cuestión, el sentido de nuestra vida; no sabemos quiénes somos si ignoramos lo que seremos: reconozcámonos en ese viejo, en esa vieja. Así tiene que ser si queremos asumir en su totalidad nuestra condición humana. Por lo mismo no seguiremos aceptando con indiferencia la desventura de la postrera edad, nos sentiremos incluidos: lo estamos. Denuncia de modo flagrante el sistema de explotación en que vivimos. El viejo incapaz de su subvenir a sus necesidades representa siempre una carga. Pero en las colectividades donde reina cierta igualdad en el interior de una comunidad rural, en ciertos pueblos primitivos el hombre maduro, sin querer saberlo, sabe sin embargo, que mañana su condición será la que asigna hoy al viejo. Es el sentido del cuento de Grimm, cuya versión se encuentra en las regiones rurales de todo el mundo. Un campesino hace comer a su padre separado de la familia, en una pequeña escudilla[8] de madera; posteriormente sorprende a su hijo juntando maderitas: "es para cuando tú seas viejo", dice el niño.

[8] *Scutella*, vasija semiesférica para beber sopa u otros líquidos.

Inmediatamente el abuelo recobra su lugar en la mesa común. Entre su interés a largo plazo y su interés inmediato, los miembros activos de la colectividad inventan soluciones de compromiso. La urgencia de las necesidades obliga a ciertos primitivos a matar a sus viejos padres, a riesgo de sufrir más adelante la misma suerte. En los casos menos extremos. La previsión y los sentimientos filiales atemperan el egoísmo. En el mundo capitalista el interés a largo plazo ya no se practica: los privilegiados que deciden la suerte de las masas ya no temen compartirla. En cuanto a los sentimientos humanitarios; a pesar de las charlas hipócritas, no intervienen. La economía está basada en el lucro. A él está subordinada prácticamente toda la civilización; solo interesa el material humano en la medida en que rinde. Después se le desecha. "*En un mundo en mutación en que las máquinas tienen una carrera muy corta, los hombres no deben servir demasiado tiempo. Todo lo que excede de 55 años debe ser arrumbado*"[9], dijo recientemente en un congreso el Doctor Leach, Antropólogo de Cambridge.

La palabra "arrumbar" expresa muy bien lo que quiere decir. Nos cuentan que la jubilación es la época de la libertad y del ocio; los poetas han alabado "las delicias del puerto". Son mentiras desvergonzadas. La sociedad impone a la inmensa mayoría de los ancianos un nivel de vida tan miserable que la expresión "Viejo y pobre" constituye casi un pleonasmo; a la inversa, la mayoría de los indigentes son viejos. Los socios no abren al jubilado posibilidades nuevas; en el momento en que el individuo se encuentra por fin liberado de coacciones, se le quitan los medios de utilizar su libertad. Está condenado a vegetar en la soledad y el aburrimiento, es un puro desecho. Que durante los 15 o 20 últimos años de su vida un hombre no sea más que un desecho, es prueba del fracaso de nuestra civilización; esta prueba nos angustia si consideramos a los viejos como hombres, con una vida humana detrás de ellos, y no como cadáveres ambulantes. Los que denuncian nuestro sistema mutilante deberían poner de relieve este escándalo. Concentrando los esfuerzos en la suerte de los más desheredados se consigue conmover a una sociedad. Exigir que los hombres sigan siendo hombres durante su edad postrera implicaría una conmoción radical.

Imposible obtener este resultado con algunas reformas limitadas que dejaran intacto el sistema, la explotación de los trabajadores, la atomización de la sociedad, la miseria de una cultura reservada a un mandarinato[10] concluyen en esa vejez deshumanizada. Muestran que hay que retomarlo todo desde el comienzo. Por eso se guarda tan cuidadoso silencio sobre la cuestión; por eso es necesario quebrar ese silencio.

Tenemos que reflexionar ante uno de los grandes fenómenos de nuestro tiempo, que es el aumento de la esperanza de vida del ser humano. Conforme la medicina y el mejoramiento de las condiciones de vida reducen la mortalidad infantil, se avanza en el control de las enfermedades infecciosas y se eleva la calidad de la vida, la existencia se prolonga hasta la vejez. Los ancianos constituyen el sector de la población que más aumenta actualmente. Esta tendencia entraña retos formidables y grandes interrogantes, y será uno de los temas fundamentales de reflexión en el presente siglo.

¿Por qué envejecemos?, ¿es posible retardar el envejecimiento?, ¿cómo podemos tener una vida más útil en edades avanzadas?, ¿cuál debe ser la actitud personal y social ante el anciano?, ¿el respeto a la dignidad del hombre es la misma en la etapa del adulto mayor?, ¿en la integración familiar y social el adulto mayor conserva el sentido de su vida? y ¿en los actuales regímenes políticos y cambios legislativos existe algún cambio en cuanto a la dignidad humana? Las respuestas a estas cuestiones están llevando a importantes descubrimientos científicos, a nuestras

[9] Leach, Edmund Ronald, "*Social Anthropology*"

[10] Por mandarinato me refiero a una autoridad intelectual arbitraria e insoportable, y no al titulo brindado a los funcionarios chinos.

acciones en el campo médico, a modificaciones en la perfección social de la vejez y a cambios legislativos que están transformando el tejido social contemporáneo.

Este es el conjunto de temas que ha cobrado la Bioética en el mundo entero. Resulta difícil fijar los límites de una reflexión que, surgida de la interpelación de la práctica médica a la teoría ética, se ha extendido al ámbito total de la cultura contemporánea, revelando el entramado profundo de diversas instancias que no pueden comprenderse aisladamente. Tanto por sus contenidos como por su metodología la cuestión Bioética permanece abierta.

Con este panorama y sabiendo que si vivimos lo suficiente también llegaremos a la tercera edad.

- ¿No sería tiempo ya de comenzar a preocuparse por enderezar las cosas para este sector creciente?
- ¿No es tiempo de que en conjunto podamos prever un mejor futuro?
- ¿Los gobernantes y la gente común -todos futuros viejos- no tendríamos que atender a lo que desde hace tiempo vienen diciendo los ancianos y ancianas sin ser escuchados?
- ¿Para qué empeñarse en prolongar el periodo de vida si no hay disposición para que también mejore la calidad de la misma?
- ¿De qué se trata? ¿De vivir (en el sentido más amplio del término) o simplemente durar?

Y que conste que no se trata de ver cómo hacemos trabajar a los abuelos otra vez, sino de que colectivamente encontremos opciones para que de acuerdo con los intereses y necesidades de cada uno, este periodo que se prolonga, sea vivido con dignidad y plenitud.

Ante este breve vistazo al amplio panorama que plantea el adulto mayor en todo el mundo, se observa la complejidad de querer abarcar todos los factores posibles, es por ello que en este trabajo me enfocare a revisar dichos factores en el adulto mayor del DF, haciendo una descripción de lo general a lo particular con el fin de que sea entendida su problemática y con ello darle notoriedad y se vea la necesidad de aplicar medidas que solventen sus deficiencias.

Planteamiento del problema

El planteamiento del problema gira en torno a una interrogante, ¿Una creciente esperanza de vida, viene acompañada de una buena calidad de vida para los ancianos en el Distrito Federal?

Marco teórico

Desde la concepción, el ser humano trae consigo una carga genética que propone programar el envejecimiento a través de un reloj biológico, por lo tanto, cada persona cuando llega a una cierta edad avanzada, comienza a experimentar diversos cambios. Por lo general, estos cambios debido al contexto socio-cultural de nuestro país, no son considerados de manera positiva; por el contrario, se tiende a pensar y a hacer sentir a las personas mayores que ya no tienen nada que aportar, que ya cumplieron su rol en la sociedad, en su familia, en su comunidad, etc. Esta situación desencadena que las personas tiendan a tener un cierto rechazo y resignación cuando comienzan a envejecer y que comiencen a sentir que ya no tienen la misma energía y capacidad para hacer cosas como en su etapa de juventud, empiezan además a tener dificultades en su salud, entre otros innumerables cambios importantes que por lo general suelen ser interpretados negativamente, principalmente porque desde niños hemos sentido que envejecer es malo, que es signo de inutilidad y estorbo y que además se aproxima la muerte, por lo tanto, no hemos sido preparados para envejecer de manera positiva y saludable, perdiendo el miedo y disfrutando de esta nueva etapa; la cual puede tener logros, satisfacciones, alegrías, fracasos y tristezas, como cualquier otro momento de nuestra vida.

En nuestro país a partir de los años treinta, se han registrado cambios en la estructura dinámica e la población de forma acelerada, dentro de las cuales destacan la reducción de crecimiento y de la mortalidad, así como el aumento de la esperanza de vida; siendo el resultado de estos cambios, que la estructura de la población se modifique en forma constante conforme pasan los años, de esta forma en pleno siglo XXI, México tendrá un total de población mayor a la de los años treinta, y sin lugar a dudas, el cambio más importante por el que atraviesa la población es la transición demográfica hacia su envejecimiento.

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le citara de forma indistinta persona de la tercera edad. Para la OMS es un proceso normal que ocurre a todos los seres vivos, comienza en el momento en que se nace, se acentúa en los últimos años. Se produce una limitación de la adaptabilidad. Es un proceso no uniforme, es diferente de una especie a otra, de un hombre a otro, en un mismo ser humano no todos sus órganos envejecen al mismo tiempo. Este proceso normal para todos los seres vivos, tiene como principal característica el que efectivamente existe una limitación para adaptarse a los nuevos cambios, estos en materias biológicas, psicológicas y sociales, debido a que ante determinados cambios se necesita de un determinado tiempo para responder y adaptase, y por ende es también, en donde se acentúan los riesgos de presentar descompensaciones o enfermedades, además las personas envejecen de distinta manera de acuerdo al género, a la edad, a la etnia, a si viven en la zona urbana o rural, si viven en países industrializados o en vías de desarrollo, a su condición social, económica, nivel educativo, si viven solos o en familia.

En la actualidad, la mayoría de las personas pueden tener la esperanza de llegar a la una vejez avanzada, ya que en el mundo la expectativa de vida media se ha elevado desde 1955, según el Consejo Nacional de la Población (CONAPO) en nuestro país existen 4.8 millones de personas mayores de 60 años y para el año 2025 serán 17 millones, por consecuencia, las demandas de este grupo serán cada vez mayores y deben ser satisfechas a fin de brindar calidad de vida a este grupo etareo; por lo que se impone conocer acerca del envejecimiento, sus particularidades y sus patologías crónicas asociadas, con ello realizar investigaciones que ayuden a enfrentar los problemas actuales y los que surjan.

Para la Gerontología la vejez implica tres aspectos importantes a considerar: Cambios Biológicos, Sociales y Psicológicos.

Cambios Biológicos:

- Deterioro del aspecto físico.
- Disminución de la agudeza de las funciones sensoriales.
- Cambios estructurales, filológicos bioquímicos en el sistema nerviosos central.
- Disminución de la actividad metabólica basal.
- Cambios en funciones respiratorias, cardiovasculares, digestivas, endocrinas.
- Cambios en aparato osteoarticular.
- Disminución de la respuesta del aparato inmunodefensivo.

Cambios Sociales:

- Cambio en la estructura familiar, se produce el nido vacío.
- Jubilación.
- Disminución del ingreso económico.
- Pérdida de la identidad social y ausencia de un rol social.

- Deterioro de la salud y pérdida de autonomía.
- Pérdida de seres queridos y red de apoyo social.
- Aislamiento y soledad.

Cambios Psicológicos:
Se refieren a la acción y efecto del paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas, entendiendo a éstas como la forma en que percibimos la realidad y la entendemos, a la forma en que sentimos y valoramos la relación con los demás y con el entorno y en definitiva a la manera en que nos comportamos. Dichos cambios tienen que ver con el funcionamiento de la personalidad, que se trasforma según lo que se espera de los roles marcados por la edad.

La vejez, por tanto, desde una perspectiva psicológica debe entenderse como una etapa más del desarrollo humano, que implica cambios a los cuales las personas deben adaptarse, como cualquier etapa de la vida, la vejez debe ser aceptada y asumida con sus aspectos positivos y negativos, lograr un buen envejecimiento, por lo tanto implica: aceptar la edad, con sus cambios y limitaciones, asumir pérdidas y aceptar el dolor, redefinir su rol social, enfrentar y generar alternativas ante el cese laboral, revisión de la vida para establecer nuevas metas y dar nuevo sentido a la existencia.

En las sociedades primitivas el manejo del adulto mayor era diverso, en algunas sociedades al convertirse en una carga se convertía en un miembro del cual se prescindía. En nuestro país y más aún en el valle del Anáhuac la concepción de ancianidad se nutre de su pasado prehispánico, así como de elementos culturales aportados por los conquistadores y de las influencias que permean a las sociedades modernas. Sin embargo los rigores y el ritmo de la vida moderna que se agudizan en el medio urbano, contribuyen injustamente a marginar al adulto mayor y a volverlos una especie de mal necesario.

Estatua de Huehuetéotl en el Museo Nacional de Antropología e Historia.

En el México antiguo, desde edad temprana se fomentaba el respeto al anciano cuya participación era importante en la relación familiar, vida religiosa y política. Los aztecas respetaban al adulto mayor, para mayor referencia el Dios Padre de los aztecas es Huehuetéotl (náhuatl: *Huehue-téotl*, "Dios Viejo"), quien se representa como un anciano arrugado, barbado, desdentado y encorvado. El tecuhtli o abuelo eran personas que por su valentía o cumplimiento de los deberes religiosos eran distinguidos en la sociedad.

Los maestros de ceremonias sublimes siempre eran ancianos. Los calpulli[11] tenían como autoridades al consejo de ancianos, llamados huehues; esta junta de ancianos estaba desprovista de jurisdicción civil y criminal, así como de la toma de decisiones de las cuestiones clave que afectaban a la comunidad, estos huehues representaban el poder legislativo azteca.

Bajo la influencia occidental traída por los españoles, empezó a diluirse el concepto de veneración asignado a la ancianidad, que sobrevivió refugiado en áreas culturales marginadas de los grupos étnicos que resistieron el impacto

[11] Calpulli (náhuatl: kalpo-lli, "casa grande") era una unidad social compleja, propia de la sociedad nahua mexica. Estaba compuesto por varias familias que se encargaban de funciones muy diversas. Se podría decir que era una de las clases altas de la sociedad. En ocasiones, varios calpulli se hallaban unidos en barrios y solían estar especializados en alguna actividad artesanal o profesional.

aculturador y en su lugar se incorporaron valores que condujeron a la sociedad no solo a eludir su responsabilidad entre los individuos de edad avanzada, sino hasta generar actitudes de rechazo y abuso (sin embargo en las zonas rurales del país se conservan el respeto y la veneración al anciano).

Estos en muchos casos continúan ejerciendo funciones de jefe de familia bajo cuya responsabilidad se desarrolla la vida social.

De estos planteamientos se derivan problemas relevantes para la investigación.

- Un incremento en el número de adultos mayores en nuestro país y por ende en el DF.
- Desvalorización social del adulto mayor por parte de las sociedades modernas e industrializadas, al convertirlo en un "objeto" que causa pesares y estorba.
- El nulo interés que surge de parte del Estado mexicano para revertir esta situación y como mediante asistencialismo se pretende aparentar lo contrario.

Objetivo general

Mi objetivo general radica en saber cuál es la realidad del adulto mayor en el Distrito Federal en materia de calidad de vida.

Objetivos específicos

- Dar a conocer la problemática que afrontan nuestros abuelos.
- Conocer los aspectos que involucran la problemática del adulto mayor y la convivencia que tiene con la sociedad.
- Plantear los retos a los cuales se enfrenta el Distrito Federal
- Generar recomendaciones, métodos, estrategias y políticas a través del estado y de instituciones afines que permitan el bienestar de los adultos mayores en un presente próximo y a largo plazo.

Diseño metodológico

El diseño metodológico del trabajo será manejarlo como una investigación de tipo analítico, retroprospectivo, de tipo transversal, histórico-bibliográfico proyectiva con métodos cualitativos y cualitativos que permita ver los múltiples factores que han creado la longevidad y si esto conlleva una vejez digna. Los sujetos del estudio serán los habitantes del DF mayores de 60 años, quienes por su enorme número serán vistos y analizados a través de estudios previamente realizados por diversas instituciones y me enfocare a algunas entrevistas, así mismo hare una remembranza de lo que es calidad de vida y dignidad con lo que realizare un análisis donde se observe si los adultos mayores en la Ciudad de México viven con dignidad y calidad, permitiendo ver aciertos y errores de las actuales políticas públicas y emprender posibles soluciones para continuarlas o enmendarlas.

Capítulo 1:

¿Qué es la Promoción de la Salud?

Llegar a viejo es perder las cosas que nunca fueron tuyas

La promoción de la salud es un tema novel en el mundo y más aún en nuestro país totalmente sometido por la hegemonía del sistema médico vinculado a políticas públicas de tipo paternalistas y que sólo sirven como paliativos. Es por ello que dedicaré esta primera sección a dar un breve panorama de los modelos que se manejan actualmente en Promoción de la Salud, y mostrar el modelo en el que se basa el presente trabajo, con ello serán comprensibles las bases de mi trabajo y permitirá ver el amplio abanico en el que puede tornarse el trabajo del Licenciado en Promoción de la Salud.

Cuando hablamos de promoción de la salud, nos referimos a las acciones determinadas que llevan a cabo los individuos o comunidades para elevar su calidad de vida, dichas acciones dependerán del concepto de salud que posean.
Para algunas personas el tener salud es no tener ninguna afectación o enfermedad, bajo esta perspectiva, la promoción de la salud se entiende como todas las acciones que se lleven a cabo para evitar que las personas enfermen. Otro grupo de personas conceptúan la salud no solo como la importancia de estar libre de enfermedades, sino también de preservar sus tradiciones, costumbres, tierras, cultura, etc. Entonces la promoción de la salud se entenderá como todas aquellas acciones que se tienen que implementar para el logro de tales objetivos. Esto nos dice que **el concepto de promoción de la salud es relativo y dependerá en gran medida de las múltiples percepciones que tienen los sujetos individuales y colectivos sobre la salud.**

La Organización Mundial de la Salud en 1946, reconoció la importancia de la promoción de la salud y establece la siguiente definición: "*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*"[12], ampliando así el campo de acción de la promoción de la salud.
A través de la historia se han desarrollado conceptos de salud que por su gran relevancia son considerados por la comunidad científica como modelos teóricos-conceptuales para explicar los procesos de salud y enfermedad de los individuos, los cuales influyen en las prácticas de la promoción de la salud.

1.1 Médico hegemónico, higiénico-preventivista o salubrista

Pablo Picasso, *Ciencia y caridad*, 1887

Desde el modelo higiénico-preventivista, la salud se percibe como la ausencia de la enfermedad, y se dice que los seres vivos se enferman porque los patógenos que se encuentran en el ambiente ingresan al organismo de éstos en determinado ambiente (triada patógeno-huésped-ambiente), provocando un desequilibrio en su homeostasis, con una ruta causa-enfermedad-desenlace, a dicho proceso se le conoce como "historia natural de la enfermedad", siendo Leavell y Clark los primeros en trabajar en ello. En este proceso se sigue un patrón unicausal, ya que considera al agente patógeno como única causa de este desequilibrio. Bajo esta percepción, las ciencias biológicas, pero sobre todo la medicina, se consideran fundamentales para prevenir, reparar el daño y rehabilitar al paciente.[13]

Este modelo tenia gran éxito cuando las enfermedades infectocontagiosas eran el principal problema de la raza humana y bajo él se lograron grandes avances en materia de prevención de la enfermedad, reparación del daño y la rehabilitación, pero tras la transición epidemiológica se ha

[12] Firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y que a la fecha no ha sido modificada.

[13] Leavell, H. R. & Clark, E.G., *Epidemiology and Multicausal*

visto incapaz de solucionar las enfermedades crónico-degenerativas que han surgido a lo largo del siglo XX, las cuales son ajenas a los agentes patógenos.

Por otro lado, dicho modelo se ha adjudicado como el único modelo apto para la abstracción del conocimiento objetivo (sin tomar en cuenta el conocimiento subjetivo) a través del método científico, el cual es avalado por la mayoría de la comunidad científica. Conocimiento que se ha cristalizado en la práctica médica, considerada como la disciplina oficial para brindar salud. Ahora bien, el discurso médico es homogéneo, es decir, no permite la participación de otros saberes para resolver los problemas de enfermedad sino más bien, los subordina tachándolos de insuficientes e inadecuados, ganando así una autoridad, es decir una hegemonía[14], ocasionando que exista un discurso médico dominante y un discurso dominado. Su discurso, dice que es el único para curar, y no sólo se impone ante el público en general, sino también a todos los sectores que componen el aparato gubernamental como, educación, industria, administración social, etc., pero sobre todo al personal en formación de todas las facultades, institutos y escuelas de medicina, quienes imponen su autoridad desde su vestimenta hasta el lenguaje tan cargado de términos cientificistas, no permitiendo un intercambio de saberes entre ellos y la población en general, ya que su lenguaje es inaccesible para entablar una comunicación.

Dicha hegemonía ha ubicado a la promoción de la salud en la parte prepatogénica de la enfermedad, donde las acciones son de índole preventivas, para controlar o eliminar todo contacto entre los seres vivos y el agente patógeno y con ello los problemas que atenten contra la homeostasis del cuerpo humano, y que se ven reflejadas en las campañas de vacunación, programas de sensibilización, campañas masivas de comunicación etc. Ahora bien, dichas acciones son planeadas por el recurso humano que el saber médico ha considerado como apto para solucionar problemas de salud, como son los médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, promotores de salud, etc., mirando a la población en general como simples objetos biológicos, incapaces de resolver sus propios problemas de salud. De esta forma, realizar promoción de la salud, no sólo es realizar acciones para evitar que las personas enfermen sino también contribuir al ejercicio del poder, que el modelo médico-hegemónico ha impuesto.

1.2 Estilos de vida

Durante la década de los 70 surge en Canadá el nombrado Informe Lalonde el cual con su carácter político epidemiológico, rompe con el unilateral modelo salubrista y centrado en una visión individualizada de la enfermedad, tal y como se venía concibiendo el concepto de salud, ofreciendo con ello un nuevo cambio de rumbo y de estrategia al tomar en cuenta cuatro factores para evitar que las personas enfermen y tengan una vida saludable:

- los estilos de vida,
- sistema de salud,
- medioambiente y
- la biología humana.

Sin embargo por intereses políticos, sólo se promueven los estilos de vida, quedando relegados los otros factores. Así, la salud bajo este modelo es concebida como el arte de cambiar la conducta de los individuos para evitar enfermarse y tener salud. Bajo este contexto, el quehacer de la promoción de la salud, sólo se limita al aspecto conductual y de autocuidado, en donde ciencias como la psicología, psicoterapia y educación son las más involucradas en esta tarea.

[14] Se denomina hegemonía al dominio de una entidad sobre otras de igual tipo. Se puede aplicar a diversas situaciones con el mismo significado: un bloque de naciones puede tener hegemonía gracias a su mayor potencial económico, militar o político, y ejerce esa hegemonía sobre otras poblaciones, aunque estas no la deseen. En nuestro caso el modelo medico-salubrista se manifiesta como la autoridad absoluta en materia de salud y evita pensamientos/actuaciones alternos.

Es necesario reconocer que los estilos de vida, son sólo uno de los factores que se contemplan en una visión de salud más amplia, y que, según el *Informe Lalonde*, sirven de referente para una mejor orientación de los recursos del Estado, quien puede implementar una política oficial para disminuir los problemas de enfermedad e incrementar la calidad de vida de las personas. Pero como se mencionó anteriormente, los gobiernos han decidido dar prioridad y promover el factor estilos de vida, que consiste en influir en la conducta de las personas para evitar hábitos que le puedan ocasionar daño. Ahora bien, es indudable que los hábitos de higiene, disminuyen factores de riesgo para padecer enfermedades, y al parecer es una tarea fácil donde sólo se necesita fuerza de voluntad para lograrlo. Sin embargo, este discurso resulta en algunos contextos sociales incongruentes con la realidad, por ejemplo, una persona que elige realizar ejercicio al aire libre para mejorar su rendimiento físico, puede tener problemas respiratorios y de estrés si lo hace en un parque, cuya periferia está rodeada por ruido y emisión de gases provocados por el transporte público y la industria.

La contaminación y la dureza del asfalto al correr pueden resultar contraproducentes. FOTO: Vitónica

Es claro que en algunos contextos sociales, el entorno es un factor determinante que impide llevar a cabo un determinado estilo de vida, sobre todo en los países industrializados donde el modo de producción capitalista ha creado entornos que no permiten desempeñar la voluntad de elegir, por ejemplo en algunas industrias la calidad de vida de los trabajadores se ve disminuida al enfermarse o accidentarse por condiciones de trabajo inadecuadas, en donde el trabajador soporta dichas situaciones por temor a ser despedido, en el ámbito de la alimentación, los programas de salud invitan y sensibilizan a las poblaciones para que se alimenten adecuadamente, proporcionándoles recetas culinarias atractivas para evitar problemas como la obesidad, sin contemplar la desigualdad económica que existe en algunas comunidades, donde la pobreza y los bajos salarios son los principales problemas; también se le propone al individuo que disfrute de su ciudad como una forma de esparcimiento, cuando en realidad esos lugares céntricos y bien construidos son exclusivos para los turistas, que por el valor de su moneda, sí pueden pagar determinados lujos. Por otro lado, el sector salud, dice que una persona que se preocupa por su salud es aquella que acude a su médico regularmente, sin tomar en cuenta que existen sectores marginados que no tienen acceso a los servicios de salud, a diferencia de los que por su posición económica se dan el lujo de pagarlo.

Por otro lado, las conductas que se proponen que son básicamente: evitar el consumo del tabaco, alcohol y drogas, alimentarse adecuadamente y realizar ejercicio, siendo aprovechadas por algunas empresas que han elaborado productos que se relacionan con dichas conductas, los cuales son impulsados por el bombardeo constante de publicidad, para comprobarlo sólo basta con salir a la calle para ver toda la gama de productos destinados a la belleza, al deporte, a la limpieza y la rehabilitación, donde la compra-venta es el principal medio para obtenerlos, siendo la industria farmacéutica la más favorecida, al producir productos curativos para el sector salud y productos de belleza para el sector privado, reforzando las conductas de higiene como única opción para mantenerse saludable. Por otro lado, el mercado ha impulsado al modelo estilos de vida, como la única manera

Dietas y ejercicio como medidas saludables es lo que conceptúan los medios y gobierno como el camino a la salud.

de estar saludable, influyendo no sólo en las conductas antes mencionadas, sino que también ha estereotipado conductas a través de los medios masivos de comunicación, que nos dicen cómo debemos vestir, dónde debemos vivir, cómo debe ser nuestra vestimenta e incluso qué debemos tomar y comer. Por ejemplo, para resolver el problema de la obesidad ha creado el concepto *light*, de esta forma se le da al individuo la ilusión de que puede elegir, entre comer sanamente desde su perspectiva o ingerir alimentos cuya composición han satanizado, como los alimentos tradicionales de la cultura mexicana, como son los tamales, las tortillas, el mole etc. El impacto de las conductas implementadas por el sector salud y los estereotipos creados alrededor de éstos por el mercado han generado en los individuos un sentido de responsabilidad sobre su salud, es decir, una vez que el sujeto sabe cuáles son los factores de riesgo que le pueden ocasionar daño a su salud, él se hace responsable de llevarlos a cabo, y de no hacerlo él será el único culpable de sus enfermedades.

De esta forma, al ignorar el entorno, y ofrecer opciones de conducta que se han estereotipado, el modelo entra en dos contradicciones: por un lado, al promover una visión de salud reduccionista y perversa con el fin de cambiar conductas y, por el otro, al ignorar la causas sociales de la enfermedad vinculado con los factores políticos y económicos. Por otro lado, el discurso de salud que propone coincide con el de las políticas neoliberales del mercado que han creado entornos de competitividad extrema, rivalidad por ser el más exitoso, agresividad en el trabajo, trabajo bajo extrema presión y responsabilidad, siendo el privatizar el sistema de salud su principal objetivo. En lo que respecta a las acciones de investigaciones para resolver los problemas crónico-degenerativos se enfocan en factores como la dieta, vida sedentaria, efectos del tabaco, herencia genética, y demás factores que tienen que ver sólo con la biología humana y que refuerzan las conductas a imponer, aunque estudios han demostrado que estos factores sólo representan el 25% de riesgo y que el otro 75% es inexplicable, y que factores subjetivos como la satisfacción laboral y la felicidad no se toman en cuenta, sin embargo, han demostrado potencializar la longevidad. De acuerdo con lo anterior, se pude deducir que el determinante más importante no son los estilos de vida, sino más bien el modo de vida, el cual está contemplado como una categoría que nos muestra el panorama económico, político y social de la población para abordar los problemas con más precisión y realidad.[15]

Dicha categoría nos permite no sólo visualizar de forma global los principales problemas del individuo o colectivo, sino que también significa entrar en contacto directo con las personas de la comunidad en cuestión, para vivir y entender sus problemas, pues no es lo mismo entrar a la comunidad, para aplicar sólo instrumentos de investigación como cuestionarios, entrevistas, videos etc., que experimentar su realidad.

De acuerdo con lo anterior, las acciones de promoción de la salud están encaminadas a fomentar conductas de higiene para disminuir los problemas de enfermedad, promoviendo a su vez la responsabilidad de los sujetos por

La industria explotando el estereotipo "salud es belleza" por medio de ejercicio y una alimentación light, ofrece productos inverosímiles como agua con antioxidantes y sin calorías.

Además de reforzar la idea con imágenes de éxito y juventud.

FOTO: Gatorade

[15] Del Cura, I. y Huertas, R, *Estilos de vida y salud pública: análisis de una estrategia sanitaria*

procurar su salud, sin tomar en cuenta su modo de vida. Por otro lado, al promover conductas estereotipadas con el fin de incrementar el consumo del mercado se ve al sujeto meramente como un número más en las estadísticas de ventas.

Es justo mencionar la importancia de las grandes aportaciones que el saber médico nos ha brindado para mejorar el aspecto biológico del individuo y colectivos a través de los 2 modelos ya citados. Por otro lado, las conductas de higiene nos han permitido fortalecer la calidad de vida en comunidades donde se justifica su implementación. Sin embargo su visión reduccionista ha provocado los problemas antes mencionados, condicionando las acciones de promoción de la salud a favor de intereses públicos y privados.

Por lo que es necesario partir de modelos que tomen en cuenta no sólo los aspectos biológicos, sino también los económicos, sociales y culturales, como un modelo transformador que también permita que otras percepciones de salud sean escuchadas y que su visión sea una opción más para resolver los problemas del antiguo binomio salud-enfermedad que maneja la hegemonía, mostrar que la solución a las problemáticas multicausales deben por ende ser soluciones multifuncionales, holísticas[16] e integrales, cubriendo con ello las causas de las causas.

1.3 Emancipatorio

Dicha corriente es representada por María del Consuelo Chapela Mendoza y nace a partir de las críticas y los desacuerdos que hay en torno al concepto de salud que estableció la Organización Mundial de la Salud.

Consuelo Chapela lo resume como "*la capacidad del sujeto individual o colectivo de mirar al pasado para gobernar el presente para la construcción de futuros viables*"[17]

Este modelo considera que es imposible alcanzar estados completos de bienestar físico mental y social, pues cada uno de estos aspectos está sujeto a cambios constantes y depende de muchos factores, por otro lado menciona que el pretender fijarse metas de este tipo resulta contraproducente, pues en la práctica es imposible alcanzarlos. Sin embargo cabe mencionar que la OMS fue la primera en tomar en cuenta una definición más amplia, considerando al factor social como determinante para alcanzar estados de bienestar, por lo que vale la pena reconocer ese gran logro. De esta forma queda claro que la corriente emancipadora se aparta de la definición anterior y en cambio se inspira en la definición de promoción de la salud que se dio a conocer en la Primera

---

[16] La holística es aquello perteneciente a el **holismo** (del griego *ὅλος* [*holos*]; *todo*, *entero*, *total*) una tendencia o corriente que analiza los eventos desde el punto de vista de las múltiples interacciones que los caracterizan. Supone que todas las propiedades de un sistema dado, (por ejemplo, biológico, químico, social, económico, mental o lingüístico) no pueden ser determinadas o explicadas como la suma de sus componentes. En otras palabras, el holismo considera que el sistema completo se comporta de un modo distinto que la suma de sus partes.

De esta forma, el holismo resalta la importancia del todo como algo que trasciende a la suma de las partes, destacando la importancia de la **interdependencia** de éstas (bajo una concepción basada en la integración total frente a un concepto o situación). Cabe mencionar que el *holos* alude a contextos y complejidades que entran en relación, ya que es **dinámico**.

Para la comprensión holística, el todo y cada una de las partes se encuentran ligadas con **interacciones constantes**. Por eso cada acontecer está relacionado con otros acontecimientos, que producen entre sí nuevas relaciones y eventos en un proceso que compromete el todo.

La comprensión de los procesos y las situaciones debe tener lugar desde el propio *holos*, ya que en su dinamismo, surge una nueva sinergia, ocurren nuevas relaciones y se generan nuevos acontecimientos. Por lo tanto, el todo es lo **determinante**, aun cuando este reconocimiento no impide que se analice cada caso en particular. El principio general del holismo fue resumido concisamente por Aristóteles en su metafísica. *El todo es mayor que la suma de sus partes*.

La perspectiva holística implica una superación de los paradigmas para propiciar la figura del sintagma, entendida como una integración de paradigmas. Una actitud sintagmática supone la convergencia de diversas perspectivas, lo que sólo puede lograrse con criterios holísticos.

[17] Chapela, M.C.; Jarillo E.C., 2001. *Promoción de la salud, siete tesis del debate*.

Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en noviembre de 1986, para construir un concepto de salud diferente al de la OMS, dicha definición expone:
"La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario."[18]

Esta definición planteó aspectos interesantes para la construcción del concepto de salud que la corriente emancipadora propone, pues la conferencia menciona que para que las personas puedan alcanzar un sentido de salud, es necesario que se vean cumplidas sus aspiraciones y que, para ello, es necesario que sus gobiernos, les proporcionen las herramientas para lograrlo, de esta forma la salud ya no es vista como una meta, sino más bien, como un recurso más. Cabe mencionar que esta definición, le otorga al individuo y a los colectivos un papel protagónico y participativo en la toma de decisiones para construir políticas que estén encaminadas a fomentar la salud de las personas.

Hasta aquí surgen para la corriente emancipatoria dos aspectos importantes que inspiraron su definición, el primero es que cada individuo o población se sentirá bien y saludable en la medida en que alcance sus objetivos y en segundo lugar los recursos que se les tienen que otorgar para lograrlo.

Sin embargo antes de establecer dicha definición, María del Consuelo Chapela Mendoza cree necesario que se tomen en cuenta los siguientes aspectos, pues facilitan la comprensión del concepto de salud que propone:

- La bidimensionalidad del ser humano
- Las capacidades humanas
- Los capitales

El ser humano tiene dos dimensiones, la biológica y la simbólica, la primera se refiere a nuestro cuerpo físico y la forma en que éste opera, la segunda se refiere al aspecto subjetivo del ser humano, la cual fue construida a través de la interacción con su entorno y las personas, ésta le permite nombrar y dar significado a todas las cosas que conforman su entorno. Ambas dimensiones representan lo humano y son interdependientes.[19]

Para Chapela la salud es *"una capacidad que sintetiza las características humanas: el ser sapiens, faber, ludens, erótico y político. Es un poder desear, pensar, decir, hacer, atribuible a cada sujeto individual y también al sujeto colectivo. El pensar, el decir y el hacer se traducen en procesos de cambio en donde lo que hoy está o es, lo que podemos entender desde el mirar al pasado mediato e inmediato. A partir de lo que está o es, el sujeto puede desear e identificar maneras de delimitar y contrastar con 'lo posible' para así hacer reales esos deseos, es decir: pueda imaginar futuros viables. Desde estos dos puntos de referencia, lo que está y lo posible, entonces definirá acciones en el presente que le permitan pasar del querer al hacer: el gobierno de* ***su*** *presente en este hacer se hace posible la* ***autoconstrucción del sujeto*** *es decir: el sujeto (individual y colectivo) está*

[18] *Carta de Ottawa para la promoción de la salud 1986*
[19] Planificación para la promoción de la salud. *Diplomado en Promoción de la Salud*.

sujetado por sus propios deseos y por su propio actuar haciendo posible la liberación de los sueños y la dignificación de su existencia"[20]

Por otra parte Bourdieu a la hora de efectuar sus análisis sociológicos valora como capital no sólo el acumulable en forma de moneda, infraestructuras y bienes materiales intercambiables. "*Si sólo se considera capital al dinero, no pueden ser explicados los comportamientos aparentemente altruistas de los agentes que se mueven por el campo. Bourdieu incide en señalar que las prácticas de noble corazón, se asientan también en una base interesada, crematística*[21]*, económica, que permite al agente la acumulación de un capital que tiene que ser denominado de otra forma, y que es acumulado por el jugador de muchas maneras: como capital simbólico, en forma de honor, honradez, solvencia, competencia, generosidad, pundonor, entrega más allá de toda sospecha; como capital cultural interiorizado o incorporado, que es el que se adquiere en el seno de una familia (p. ej. de clase alta), o de una circunstancia concreta (una institución prestigiosa); como capital cultural objetivado, que es el visible en la acumulación de objetos extraordinarios, obras de arte que muestran el gusto distinguido del agente; como capital cultural institucionalizado, cuya forma más evidente la constituyen los títulos y diplomas; como capital social, conseguido a través de la red de relaciones que establece el agente por el campo. Todos esos capitales, son transformables en capital económico, y viceversa. Son capitales que manifiestan su efectividad bajo la condición del disimulo, del fingimiento en la creencia de su no cualidad económica*".[22]

Para que el ser humano pueda cumplir con las aspiraciones que se ha planteado, es necesario que se informe, entienda y comprenda su pasado, pues esto permitirá que reflexione sobre su situación actual, y lo que tiene que hacer para materializar lo que se ha planteado a futuro. Desde esta perspectiva, las personas serán saludables en la medida en que utilicen sus capacidades para cumplir y materializar sus aspiraciones. Así, podemos hablar de niveles de salud, es decir si un individuo o colectivo haciendo uso de sus capacidades ha logrado alcanzar las metas que se propuso, entonces sus niveles de salud serán altos, por otro lado, si no las ha cumplido, entonces tendrá niveles de salud bajos. Estos niveles no tendrán un comportamiento estático, sino dinámico, pues siempre estarán influenciados por aspectos económicos, sociales y culturales.

---

[20] Idem

[21] La crematística, planteada por Tales de Mileto (del griego *khrema*, la riqueza, la posesión) es el arte de hacerse rico, de adquirir riquezas. Según Aristóteles, la acumulación de dinero por dinero es una actividad contra natura que deshumaniza a aquellos que a ella se libran. Siguiendo el ejemplo de Platón, él condena así el gusto del beneficio y la acumulación de riquezas. El comercio trueca dinero por bienes, la usura transforma el dinero a partir del dinero, el comerciante no produce algo: todos resultan condenables desde el punto de vista ético filosófico.
Sin embargo, cabe profundizar un poco en la crematística, la cual consta de dos partes:

1. Crematística necesaria: donde la venta de los bienes se realiza directamente entre el productor y el comprador al precio justo, donde no se forma un valor agregado al producto. Ésta es aceptada por Aristóteles ya que no hay usura por parte del productor.
2. Crematística propiamente como tal: ésta corresponde al comercio, donde se compra del productor para revender al consumidor por un precio mayor, formando valor agregado. Ésta es rechazada por Aristóteles, pues considera que el dinero es estéril. Al realizar comercio el dinero pierde su sentido (que es el de un medio de intercambio y medida de valor) y se comete usura. Debe considerarse el hecho que la acumulación de capital por el comercio es mal vista por la sociedad de aquella época hasta que Santo Tomás de Aquino, en su pensamiento, acepta la acumulación si luego ese capital sería para fines virtuosos como la caridad.

Aunque Aristóteles trata la crematística como un conjunto de ardides y estrategias de adquisición de riquezas tendientes a facilitar el crecimiento del poder político, él no cesa de condenarla en esa misma calidad, otorgando una posición más importante a la economía. Se trata del punto del concepto de un autor fundamental de la Antigüedad, que redundará en una gran influencia durante todo el medioevo.

La Iglesia Católica retoma durante todo el medioevo la crítica aristotélica contra esta conducta económica y la declara contraria a la religión. Numerosos autores estiman que la puesta en práctica de esta doctrina constituyó un obstáculo al desarrollo económico.
Karl Marx retoma el concepto en su famosa obra El Capital, destacando las consecuencias sobre lo que él da en llamar *auris sacra fames* (maldita sed del oro), una referencia latina a esta pasión devoradora del dinero por el dinero.

[22] Bourdieu, P (1987), p. 147 citado por Joerges, B y Nowotny, H. (2003). Social Studies of Science and Technology: Looking Back, Ahead. Netherlands: Springer.

Una vez que se ha comprendido lo anterior, Chapela propone la siguiente definición de salud: "*Salud es la capacidad corporeizada de inventar futuros viables y alcanzarlos*"[23]

Con esta definición, los problemas de salud estarán relacionados con todos aquellos factores que intervienen en el ejercicio adecuado de las capacidades del individuo y los colectivos, para alcanzar los futuros que se ha trazado; dejando a la enfermedad como un factor más, que incide en los problemas de salud. Chapela hace énfasis en dos aspectos que pueden disminuir los niveles de salud, el primero puede ser ocasionado por una afectación de los niveles de salud, y el segundo es que los proyectos que se ha planteado el individuo o colectivo, estén condicionados por la influencia de agentes externos.

Partiendo de los aspectos anteriormente mencionados y del concepto de salud que propone Chapela, citaré las acciones que la promoción de la salud (bajo la perspectiva emancipatoria) debe llevar a cabo y que a la letra dice:[24]

- De forma general es un conjunto de prácticas encaminadas a generar las condiciones para que los sujetos individuales y colectivos desarrollen su capacidad de inventar futuros y alcanzarlos.
- Lo anterior incluye el desarrollo de las capacidades humanas y la generación de capitales que permitan la modificación de las condiciones presentes para el logro de los proyectos (prácticas empoderantes[25]) y la recuperación del control del cuerpo para la invención del proyecto (prácticas emancipatorias).
- El trabajo de promover la salud está basado en una pedagogía de autoconstrucción de autocrecimiento. El promotor de la salud no empodera, no da poder sino genera las condiciones que faciliten el fortalecimiento del otro. De la misma manera, el promotor de la salud no emancipa, genera las condiciones para que el otro tome conciencia de los discursos de dominación que ha corporeizado en su historia y que lo influyen en la formulación de sus proyectos.
- La promoción de la salud se organiza, de manera general, en ciclos de reflexión y acción transformadoras sobre el mundo con la finalidad de alcanzar los proyectos individuales y colectivos.
- En los procesos de reflexión, el diálogo cobra una importancia trascendental al ser el principal catalizador de la toma de conciencia sobre los factores que influyen en la formulación de los proyectos. El diálogo se ejerce entre el promotor de la salud y las personas con las que trabaja así como entre las personas que están promoviendo la salud.
- En la acción transformadora se desarrollan las capacidades humanas y se incrementan los capitales. Se modifica el entorno para que sea más favorable a los sujetos y al ejercicio de sus capacidades humanas. La acción transformadora también aporta elementos de experiencia para ser analizados en los momentos de reflexión.
- En los momentos de reflexión se dialoga sobre el mundo, el actuar de los sujetos en él y sus intenciones. En estos momentos, y gracias a la reflexión, los sujetos construyen nuevos significados que les permiten reformular sus proyectos y ganar control sobre su cuerpo.

---

[23] Chapela, M.C.; Jarillo E.C., *Promoción de la salud, siete tesis del debate.*

[24] Ibídem

[25] Empoderamiento o apoderamiento, se refiere al aumento de la fortaleza espiritual, política, social o económica de los individuos y las comunidades. Generalmente involucra el desarrollo en el beneficiario de una confianza en sus propias capacidades.

El término empoderamiento humano abarca una extensa gama de significados, interpretaciones, definiciones, disciplinas que van desde la psicología y la filosofía hasta la muy comercializada industria de automotivación y las ciencias de la motivación.

El Diccionario Panhispánico de Dudas define empoderar como conceder poder a un colectivo desfavorecido socioeconómicamente para que, mediante su autogestión, mejore sus condiciones de vida. Este añade: El verbo empoderar ya existía en español como variante desusada de apoderar. Su resucitación con este nuevo sentido tiene la ventaja, sobre apoderar, de usarse hoy únicamente con este significado específico.

- Para todo lo anterior, es de vital importancia que el promotor de la salud considere que trabaja con sujetos, es decir, con personas con puntos de vista individuales que son producto de sus contextos culturales, sociales e históricos. Que en el mismo sentido es de vital importancia que el promotor de la salud conozca tanto la visión de los sujetos como los contextos que influyen en la misma. Para lograr esto, el promotor de la salud cuenta con la posibilidad de dialogar con los sujetos con los que hace promoción de la salud y con la posibilidad de observar (a través de distintos métodos cualitativos) elementos relevantes en los contextos donde viven estos sujetos.
- También es indispensable que al hacer promoción de la salud el promotor se reconozca como sujeto, con todas las implicaciones del párrafo anterior.
- En esta modalidad de trabajo, la acción transformadora se realiza con la finalidad de resolver problemas nombrados no por el promotor de la salud sino por los sujetos con los que trabaja. Sin embargo, los problemas de salud que los sujetos nombran no surgen espontáneamente de los sujetos sino son producto de un proceso reflexivo llamado "problematización" en el que se analizan críticamente las condiciones en las que viven los sujetos.
- El promotor de la salud trabaja facilitando los procesos, primero de manera importante e intensiva y posteriormente de forma más marginal, en la medida en la que los sujetos con los que trabaja van desarrollando sus capacidades, hasta que su trabajo se vuelva innecesario.

La visión de este enfoque, no es algo que sirva como manual exacto de cómo apoyar al otro, es el reflexionar sobre lo que hace uno en primer orden (reconociéndose como sujeto, tal como lo subrayo líneas mas arriba), el cómo las vivencias forman al individuo, engrandeciéndolo o envileciéndolo, en encaminar al otro al aprendizaje significativo, aquel que surge de uno mismo y no es correcto ni incorrecto, sólo el conveniente, darle alas a la gente pero permitir que ellos mismos aprendan a volar. Entender que no los cambiaremos por arte de magia, que la solución está en ellos y somos meros acompañantes en esta aventura y donde debemos actuar acorde a ellos. Hay muchos "istas" en el mundo, feministas, chauvinistas, capitalistas, comunistas, racistas, sexistas. Son grupos que se enfrentan en lugar de intentar entenderse. Los únicos "istas", deberían ser los humanistas y los optimistas. La única regla rígida que veo en esta perspectiva, es el entender y acompañar al otro en lograr sus aspiraciones, para todos los demás medios, según el sapo será la pedrada.

Kleimbaun lo resume en "*...el día de hoy no se volverá a repetir. Vive intensamente cada instante, lo que no significa alocadamente, sino mimando cada situación, escuchando a cada compañero, intentando realizar cada sueño positivo, buscando el éxito del otro, examinándote de la asignatura fundamental: el amor. Para que un día no lamentes haber malgastado egoístamente tu capacidad de amar y dar vida*" o en las palabras de Walt Whitman "*Toma las rosas mientras puedas, porque veloz el tiempo vuela. La misma flor que hoy admiras, mañana estará muerta*"[26] con ello condensa *Carpe diem*, modismo latino acuñado por el poeta Horacio que significa disfruta y/o cosecha el día.

No cabe duda que cada uno de los modelos anteriormente descritos se construyó con el único fin de buscar el bienestar de la raza humana, y que cada uno de ellos contribuye a definir las prácticas de la promoción de la salud, sin embargo los modelos higiénico-preventivista y estilos de vida limitan su campo de acción, por su visión reduccionista de salud, esto les ha impedido resolver los problemas de salud pública, que se han presentado desde principio del siglo XX hasta la actualidad en un marco de una cultura occidental.

[26] Kleinbaum, N., *Dead Poets Society.*

Por otro lado el proyecto emancipatorio aún es materia novel y solo conocido en su forma teórica por una pequeña cantidad de sujetos, lo que ha hecho que en muchas ocasiones haya sido mal empleado por individuos que sencillamente no tienen practica (solo la teoría en sus cabezas y a veces ni ello) desconociendo la realidad que en verdad se vive (y mucho más la ajena); que tienen una posición negativa por sus corporeizaciones; e incluso que lo han pervertido plenamente. Al ser desarrollado y puesto en práctica por los personajes que cito, el resultado es completamente contrario a la idea original, no se libera a los sujetos invitándolos a crecer y compartir al sacar provecho de la adversidad, sino que se les condena a buscar el diminuto punto negro en el inmenso pizarrón blanco; a sentir un miedo atroz que a cada paso que se da, todo puede dañarlo, con lo que el sujeto vive preocupándose, olvidando por completo de ocuparse. Aunque afortunadamente conozco muchas personas que lo han desarrollado de manera práctica empíricamente desde hace décadas y de maravilla, la mayoría lejos de la doctrina Chapeliana, otros pocos (incluyéndome) fundamentándose en ella, obteniendo con ello beneficio al crear crecimiento y liberación ideológica de las comunidades y de uno mismo.

Para mi lo más interesante y fantástico del futuro es que tenemos toda la vida para imaginárnoslo, crearlo y cumplirlo, y está, es la mejor aventura de todas.

1.4 Sociohistórico

Para Breilh los procesos de salud-enfermedad están determinados por procesos sociales, económicos, políticos y culturales, que inciden en los modos de vida posibles de las comunidades, la calidad de los estilos de vida familiar e individual y las relaciones con la naturaleza y el territorio social[27].

El modelo socio-sanitario tiene su origen en la primera conferencia de Promoción de la salud, celebrada en Canadá en 1986, en la ya citada "Carta de Ottawa" en ésta se define a la salud como *un proceso, en el que el individuo y los colectivos transforman y controlan su realidad física y social*. Bajo esta visión de salud el campo de la promoción de la salud es extenso, de hecho, en dicha carta se dictan las acciones que se deben ejecutar para hacer valer el concepto de salud antes mencionado. En primer lugar, para que el hombre pueda transformar su realidad es necesario dotarlo de las herramientas para que pueda trasformar su entorno, esto implica generar participación comunitaria, desarrollo de actitudes; en segundo lugar se deben llevar a cabo reestructuraciones a nivel político, económico y social, lo que significa reestructurar y controlar los servicios de salud, construcción de ambientes sanos y formular políticas y legislación en materia de salud. Dichas acciones no sólo contemplan el desarrollo de sujeto individual y colectivo, sino también un desarrollo en el ámbito social.

La percepción de salud socio-sanitaria y su repercusión en las prácticas de salud, resultan ser un modelo completo y transformador, en donde se busca que los individuos y colectivos tomen el control de sus problemas, a diferencia del higiénico-preventivista en donde la medicina con su visión reduccionista, no permiten compartir el prestigio con otros saberes, siendo éste quien controle la salud de las personas y de los pueblos, por otro lado, los estilos de vida en un marco capitalista sólo aplican para los individuos o poblaciones que tienen el poder económico para darse el lujo de decir si quieren estar saludables o no.

"*En las últimas décadas, estos procesos han sufrido serias transformaciones producto de la vertiginosa celeridad del proceso histórico actual de aceleración global y la lógica capitalista devoradora centrada en el mercado, las cuales han profundizado y ampliado las relaciones sociales generadoras de exclusión e inequidad, ocasionando el desmedro de las condiciones de*

[27] Breilh, J., *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*.

salud, el aumento de patrones de exposición a agentes dañinos y el incremento de las vulnerabilidades sociales. Además, ha generado la desconfiguración de los sistemas sociales de protección y ha relegado a una posición secundaria a los estados-nación como garantes de los derechos de individuos y comunidades, privilegiando la rentabilidad a la protección social y convirtiendo a la salud y la vida en productos adicionales de la canasta de bienes y servicios, los sistemas de salud en fuentes de capital. Todo esto ha repercutido trascendentalmente en la emergencia, reemergencia y empeoramiento de diferentes tipos de problemas de salud pública".[28]

"*En este contexto los paradigma (positivistas y funcional-estructuralistas) y métodos (deductivos) tradicionales de estudio e investigación de los problemas de salud, y la matriz conceptual reduccionista y mecánica productos de esta forma de computar el mundo, han producido un conocimiento extenso, meticuloso y técnicamente complejo de la realidad biomédica que constituye la malaria. Humanos, parásitos, vectores, genes, proteínas y otras moléculas han sido los focos de estudio y diseño de las acciones, instrumentos y estrategias para su protección e intervención*".[29]

Así mismo, aspectos de la realidad social y cultura como la vivienda, los niveles de pobreza y de educación y los saberes, actitudes y prácticas de las personas en relación a múltiples enfermedades como la malaria, paludismo, dengue, leishmaniasis, oncocercosis y el Chagas, en técnicas que permitan su prevención y tratamiento se han constituido en fenómenos que ayudan a explicar y permiten mejorar la implementación de las intervenciones diseñadas.[30]

Lo anterior refleja una gran contradicción entrañada en el interior de la ciencia moderna. A pesar del progreso del conocimiento y la tecnología no existe una mejora real de las condiciones de vida y de salud de las fracciones más pobres y vulnerable de la población, y estas diversas enfermedades continúan en un marcado y continuo empeoramiento de su situación.[31]

Un enfoque alternativo para el estudio e investigación, deberá tener cómo punto de partida fundamental la deconstrucción del objeto de estudio, superando las dicotomía planteadas por la ciencia moderna de: biológico-social, sujeto-objeto, parte-totalidad y naturaleza-cultura, y asumir la comprensión de la complejidad de los sistemas biológicos y sociales que lo conforman.

Así mismo, deberá aceptar explícitamente el carácter histórico de la enfermedad y de los procesos generales y particulares, globales y locales, macros y micros que la explican; así como, la dinámica dialéctica de generación-reproducción entre éstos.[32]

Como anteriormente lo ha planteado el Doctor Jaime Breilh, una concepción así como esta implica[33]:

1) Entender y estructurar la compleja organización jerárquica de las relaciones sociales en los dominios general, particular y singular. Donde la estructura social y las lógicas históricas de orden político, económico e ideológico-cultural que definen el modelo de acumulación capital determinan los ritmos de producción, las formas de desarrollo de las fuerzas productivas, las relaciones de producción específicas, la distribución de la riqueza social y las formas de organización.

---

[28] Breilh, J. & Tillería, Y., *Aceleración global y despojo en Ecuador.*

[29] Caponi, S., *Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical.*

[30] Heggenhougen, H.K., Hackethal, V., Vivek, P. & Spielman, A., *The behaviorual and social aspects of malaria and its control.*

[31] Almeida-Filho, N., Paim-Silva, J., *La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica*. pp 5–30.

[32] Breilh, J., *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*.

[33] Breilh, J., *Taller internacional: Hacia una metodología interdisciplinaria e intercultural para investigación de los determinantes sociales y la desigualdad de la salud como herramienta de política*.

2) Incorporar la diversidad de los grupos sociales de acuerdo al género, etnia y clase social sin perder de vista las interconexiones de poder ligadas a la estructura socio-histórica que informa sobre las relaciones de producción-reproducción social entre los grupos y de ellos con la naturaleza.
3) Trabajar las relaciones entre procesos macro y microsociales en una doble dirección de flujos de determinación y la contradicción entre lo simple y lo complejo de estas relaciones, asumiendo una racionalidad dialéctica en la forma de entenderlas.
4) Establecer la regularidad histórica de estos procesos y de las relaciones con la naturaleza y la sociedad de acuerdo a legislaturas específicas e incluir los procesos irregulares, inciertos y particulares.
5) Incluir explicaciones interculturales e interdisciplinarias sobre la concepción y praxis de la realidad en salud y sus problemas. Lo crea el reto de generar procesos explicativos novedosos e integrales, con distintas narrativas y un dialogo abierto entre disciplinas y culturas basado en el respeto por el saber y el reconocimiento de la diversidad.

Es necesario entender que en este mundo de interconexiones, todos los dominios de organización social están influidos implícitamente por una lógica estructural que determina los actores que interactúan y los flujos de poder de las relaciones entre los actores involucrados en uno o varios ámbitos (social, económico, político, ambiental, cultural). Además que en cada dominio existen lógicas particulares propias de momentos, territorios, grupos y sujetos concretos que merman, amplifican o revierten los impactos positivos o negativos de estas lógicas estructurales. Esta lógica determina la producción-reproducción social específica de cada territorio, grupo y sujeto, su materialidad concreta, así como las posibilidades de expresión geno-fenotípica de la vida (humana, patógena, vectorial, etc.) y su localización, incluidas las distintas formas de enfermar y morir.

Durante las últimas cuatro décadas, en el seno de la medicina social latinoamericana y con base un enfoque materialista de la historia, se han construido varias categorías analíticas que reflejan los procesos implicados en las relaciones sociales y que permite una mirada de la realidad en distintos planos jerárquicos evidenciando las relaciones de determinación existentes. El "proceso de producción social" propuesto por la Doctora Asa Cristina Laurell y el "proceso de reproducción social" propuesto por el Doctor Jaime Breilh, han sido las categorías más ampliamente utilizadas para vislumbrar la complejidad y dinámica de la determinación social de la salud.[34] [35]

Con el ánimo de circunscribir estos procesos a un territorio y momento concretos en los que definitivamente se matizan los procesos sociales y las expresiones de salud-enfermedad, se ha incorporado la categoría "territorio social"[36]. La importancia de ésta consiste en que permite articular en un entramado complejo la realidad material (natural o fabricada) del espacio con las dinámicas sociales contenidas en su interior y por fuera de ella que definen las relaciones de los grupos y sujetos con el entorno. Es una unidad que conjuga materialidad y acciones humanas; una construcción histórica precisa.[37] [38]

A partir de la década de los 70 a nivel mundial, y en México a principios de la década de los 80 del siglo pasado, dio inicio la etapa de reformas capitalistas de carácter neoliberal, generando algunos

[34] Breilh, J., *Epidemiología, economía, medicina y política*

[35] Laurell, A.C., *Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad*. pp1-12

[36] Territorio social es el espacio en donde actores sociales desarrollan estrategias de tipo competitivas o cooperativas para no perder en un determinado campo una posición previamente adquirida o bien para cambiar dicha posición en busca de una mejor. En ella los actores despliegan estrategias específicas de acuerdo a intereses vinculados con su ubicación en el campo social. Con ello el territorio no debe verse solo como un espacio económico-geográfico donde hay que planificar bajo un modelo económico determinado o gobernanza, sino a través de acuerdo de los diversos actores que lo componen.

[37] Santos, M., *La naturaleza del espacio. Técnica y tiempo. Razón y emoción*.

[38] Velázquez, M., *México: TLCAN, espejismo y realidad.*

problemas en la concepción de la salud pues se pretende verla con criterios de rentabilidad y generadora de ganancias económicas, para lo que se fortalece una visión clínica asistencialista que deshumaniza a las personas.

Esta forma de concebir la salud (puestas en práctica por medio de las políticas neoliberales) ha tenido impacto en diversos sectores, de tal manera que los grupos "tradicionalmente" marginados, como el sector indígena, campesino y obrero, han visto agravada su situación de miseria y olvido por parte de ese Estado, y en el caso en donde este último los ha "considerado", las políticas "para llevar salud" a las comunidades han sido utilizadas por los gobiernos y organizaciones "institucionales" como forma de cooptar y presionar a la población, al condicionar la atención médica a que la gente que recibe dicha atención sea leal a su proyecto político.

En México desde hace años tenemos diversas problemáticas en diversos aspectos, pero en la última década se han agravado con el rompimiento de la monarquía priista que gobernó 70 años y con la llegada de un régimen y presidentes espurios impuestos por el apóstol del capitalismo neoliberal rampante, Bush.

Pues nos estamos viendo frente a una serie de crisis que aparentemente cada una tiene su lógica. La crisis política energética, de salud, alimentación, social y actualmente la económica, pero la que nos ha traído aquí es el reconocimiento de que ésta es una misma crisis vista desde diferentes ángulos, productos de la violación que el hombre ha llevado con la naturaleza, desentendiéndose como parte de ella. Heredando consciente o inconscientemente la cómoda y nada inocente idea de que Dios ha creado todo para el hombre.

Capítulo 2:

La dignidad del hombre

El tiempo invento la muerte

Las conquistas sin precedente alcanzadas por la técnica, junto con los innegables beneficios que han aportado, plantean problemas de tal magnitud a la humanidad, que hoy se le considera como una realidad amenazante.

La sofisticación de las armas que hacen peligrar la supervivencia total de la vida humana, siendo tal vez el mayor de los problemas que ofrece el progreso técnico, no es sin embargo, el único. Ya el maquinismo del Siglo XIX[39] desencadenó grandes problemas económicos a través del desempleo, problemas que vuelven a agudizarse cada vez que la tecnología reduce la demanda en el mercado de trabajo. La dignidad de la persona padece la afrenta creciente de la masificación porque la técnica ejerce sobre el hombre una fuerza que lo reduce a ser un número en una multitud volviendo insignificantes sus caracteres propios e irrepetibles. La técnica de la conducta lo despoja de su libertad, manipulando su actuación en favor de los intereses de unos cuantos, implementada por los medios de comunicación masiva. Tanto el capitalismo como la despótica imposición de los gobiernos totalitaristas obligan al hombre a desatender la satisfacción de sus necesidades principales bajo el sueño de bienes y servicios superfluos y a veces dañinos, dejando a un lado las necesidades reales.

"*La falta de equidad en la distribución de la riqueza entre las familias y las naciones genera el hambre y la miseria. La contaminación ambiental y el desequilibrio ecológico afectan negativamente el bienestar social. Aún los adelantos de la medicina y los avances en la salud pública han provocado desequilibrios económicos considerables a través del crecimiento demográfico*."[40] Esto parece señalar que la técnica es una enemiga del hombre.[41]

A través de la filosofía se busca a la persona humana con la información y formación, hablando, para después, por medio de la acción ser portadores y multiplicadores de aquellas ideas, normas y actitudes que el ser humano debe seguir o cambiar, y lograr el mejor estado al cual el hombre aspira, la felicidad plena.

La filosofía es el mejor medio que se ha encontrado para conocer al hombre y el único camino seguro por el cual puede encontrarse con él, conocer y entender el mundo con el fin de hacerlo mejor.

Hoy estamos de vuelta a la pretensión, ya lejana, de hacer de la Edad Media y Moderna dos mundos incomunicados. Hoy sabemos, más que ayer, que entre ambos no hay un abismo infranqueable, ni como un mar entre dos continentes; que desde los Siglos XIV y XV se pasa al XVI y XVII sin rupturas totales, hasta admitimos que los últimos medievales, si no todo el Medievo preparan lo moderno. Nada impide, sin embargo, pensar que entre esos dos tiempos han sucedido quiebras y plegamientos telúricos, y que no será ya posible transitar de uno a otro

Nosotros, seres humanos, del principio del Siglo XXI no sabemos bien aunque tenemos la sospecha de que si no nos encontramos en una coyuntura histórica similar al Renacimiento aquella portada de la llamada Edad Moderna. Muchas veces apunta a ellos y son pocos los que saludan este nuevo

---

[39] La Revolución Industrial es considerada como el mayor cambio socioeconómico y cultural de la historia, ocurrido entre fines del siglo XVIII y principios del XIX, que comenzó en el Reino Unido. En aquel tiempo la economía basada en el trabajo manual fue remplazada por otra dominada por la industria y manufactura de maquinaria. La revolución comenzó con la mecanización de las industrias textiles y el desarrollo de los procesos del hierro. La expansión del comercio era fomentada por el mejoramiento de las rutas y, posteriormente, por el ferrocarril. La introducción de la máquina a vapor y una poderosa maquinaria (mayormente relacionada a la industria textil: la rudimentaria Spinning Jenny) favorecieron los drásticos incrementos en la capacidad de producción. El desarrollo de maquinaria en las dos primeras décadas del siglo XIX facilitó la manufactura para una mayor producción de artefactos utilizados en otras industrias.

[40] Ponencia presentada por Luis García Alonso en el *Congreso Internacional de Filosofía*, Guadalajara, Jalisco. Octubre 1985.

[41] Existen algunos movimientos como los Amish y Menonitas, principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica que promueven comunidades humanas en las que se busca el contacto con la naturaleza y el uso exclusivo de técnicas sencillas como las propias de los artesanos de la Edad Media. Inculcan a sus miembros la mentalidad pacifista y la austeridad económica.

tiempo con esperanzas de nuevas y mejores metas para el ser del hombre. Son precisamente algunos representantes de las corrientes críticas dentro del marxismo los que critican a fondo todo el periodo de la que llamamos Edad Moderna a la que llegan a tildar de Edad Media camuflada. El Renacimiento habría sido un intento fallido, se habría vuelto a las andadas, a un pensamiento abstracto a conceptos teóricos desencadenados de la realidad histórica del hombre.

Parece que achacan al pensamiento moderno haber estrechado el planteamiento de crisis general del hombre salido de la Edad Media para encerrarle en los parciales y angostos causes de los problemas del conocimiento, verdad, certeza; el hombre quedó definitivamente olvidado.

Existen muchos autores, algunos de ellos críticos con ideas que apuntan una nueva época y una nueva oportunidad para el replanteamiento del problema del hombre en el mundo, en su generalidad; estaríamos de nuevo ante un posible y más auténtico Renacimiento, a continuación citare 3 autores cuyas ideas sobre la concepción de la dignidad del hombre me parecen la más relevantes, aunque no las únicas.

2.1 La dignidad del hombre para Pico della Mirandola[42]

Reencontrar a Pico della Mirandola podrá ser reconfortante y luminoso para todo tiempo en que se discute el problema del hombre; contemplarlo hará parecer más a un hombre espiritualmente contemporáneo nuestro. Resonará con cadencia de esperanza para el hombre del presente que también anhela descubrir o reencontrar su dignidad.
Una profunda pasión intelectual lleva a Pico della Mirandola a buscar la paz en medio de los conflictos doctrinales civiles y religiosos de una época de crisis, todo ello dentro de una defensa acendrada de la dignidad del hombre, capaz no sólo de asimilar la tradición, sino también de transformar el presente y prepararse para el advenimiento de una nueva edad.

Su gran preocupación por la Cábala busca encontrar la clave que explique la unidad de la sabiduría. De esta forma intenta pensar la realidad como explicación de una única Revelación a través de los sentidos más profundos y secretos de la palabra de Dios. De esta época es también su visión del hombre como dominador de la naturaleza frente a los influjos deterministas de los astros, tal y como enseñaba la doctrina de Ficino, impregnada como estaba de gran contenido astrológico.

"*La libertad del ser humano es tal que la asemeja a la divinidad, de ahí su inmensa capacidad de conocer e investigar lo mismo que de actuar transformando el mundo, dando lugar al Discurso de Dignidad Humana*"[43]

Si el Renacimiento, convenimos en ello, es el nacer de un hombre nuevo, aquí está la mejor fórmula de esa nueva *"imago hominis"* con ella se abre la Oración, con el tema del hombre.

Comencemos por señalar que el título dado después al escrito *De Hominis Dignitate Oratio*, podría desorientar sobre la intensión de Pico. En rigor y de entrada, no es lo digno, ni la excelencia del hombre lo que trata el de definir o medir. Busca algo distinto y nuevo, no lo alto o digno, sino lo maravilloso, lo sorprendente y exclusivo del hombre. Pico comienza asentando algo original, "*lo verdaderamente maravilloso, único y exclusivo del hombre, capaz de despertar la envidia, no sólo la admiración de todos los demás seres, es la posibilidad dada al hombre para hacerse a sí mismo a su gusto. No se le asigna ningún rostro propio, ningún lugar, ningún oficio. Le pone Dios en el centro para que lo vea todo, le infunde semillas de todo para que a voluntad convierta en propio lo*

[42] Giovanni Pico della Mirandola (Mirandola, Ferrara, 24 de febrero 1463 - Florencia, 17 de noviembre 1494), humanista y pensador italiano.
[43] Mirandola, Pico della. *Discurso sobre la Dignidad del Hombre.*

que se le ha dado de común con todas las criaturas; todas no las puede ser a la vez y ahí su elección, su libertad".[44] El hombre artífice de su ser: "*Ni celeste, ni terrestre, ni mortal, ni inmortal, para que tú mismo, como modelador y escultor de ti mismo más a tu gusto y honra, te forjes la forma que tu prefieras para ti*"[45]. Esto no es ser grande ni pequeño, sino libre para hacerse pequeño o grande, como un inimaginable partir de si, como desde cero para comenzar a ser algo a elección propia. Podemos decir que así nadie había pintado al hombre antes que Pico, libre fue siempre el hombre para toda la cultura y tradición pagana y cristiana, pero nunca fue ideada esta libertad tan de raíz; por ello, lo maravilloso del hombre.

Sólo el hombre prolonga su existencia entera en esta tierra, y es este hombre terreno, es la cuestión usando su libertad para ser o para irse haciendo lo que quiera. No es, en una palabra meramente una libertad para obrar, para hacer esto o lo otro, sino más radicalmente para ser o para hacerse.
Naturalmente no quiere esto decir que el hombre no es nada, una posibilidad vacía, es puesto en el centro, equidistante de todas las cosas y con posibilidades germinales activas para hacerlo todo lo que elija. Se ha dicho indeterminación, es mejor que se diga indiferencia activa o capacidad abierta a todo.

Lo primero y maravilloso y, en verdad, grande en la nueva imagen del hombre piciano es una cierta infinidad de posibilidades que se le adhieren de raíz y que en cierto modo le constituye.
No ser nada, abarcándolo todo para dominarlo y serlo todo. Con estas reflexiones nos acercamos al verdadero y profundo alcance de la libertad como la entendió Pico. Afirmar que "*la libertad humana es la conquista más preciada del hombre moderno*"[46], hemos de decir que él ha dado en el blanco.

Pico se mueve más en el terreno práctico de un hacer y un hacerse por el comportamiento.

Es evidente con sólo plantear el problema en su crudeza, que Pico no puede entender la libertad dada al hombre para dejar a su arbitrio, sin implicaciones morales o religiosas, el elegir el ser esto o lo otro, la condición del hombre con esa libertad radical, desde la que tiene que decidir, no anula ni altera el estatuto del bien ético o perfección moral, tal y como lo ha mirado el hombre medieval y Pico lo es en alto grado. El camino es lo nuevo, el fin y destino del hombre sigue siendo el mismo. Pero si la libertad nueva dada al hombre no excluye sus condicionamientos éticos y religiosos hay acentos nuevos dignos de señalar.

En Pico habría algo más que esta libertad expedita, liberada de enemigos del bien. Una voluntad guiada no ya por la ley, la obligación o el deber, sino constituida originalmente en una posibilidad de imponerse en la dirección elegida libremente, unir al bien no porque se debe, sino porque se puede. Si antes libertad era dominar y vencer los enemigos del bien ahora, más de raíz, es simplemente poder ser esto bueno, antes de toda compulsión de ley u obligación, ir al bien por el bien que se quiere; no que se me prescribe sino que se me ofrece como posibilidad.

Una libertad así no es un ser libre para hacer algo, sino libre para ser lo bueno y lo mejor. Pico no ha necesitado urgencias de deber, ni presiones ambientales para ilusionarse con su carrera elegida de conocedor de todas las ciencias humanas. La pintura del hombre abierto, de posibilidades para todo, con poder en sí mismo para aspirar a lo mejor ha dado su propia medida y retrato humano el que siente que será la mayor oportunidad para todo hombre. Cuando ha puesto el acento de lo grande y maravilloso en el hecho radical de que el hombre es el ser capaz de elegir por sí mismo lo

[44] Op cit
[45] Op cit
[46] Op cit

que quiere ser, y naturalmente, de elegir y realizar por sí mismo, antes de toda ley o fuerza exterior coactiva, su más alto ideal, de ser el propio artífice de su suerte, no libre de cualquier cosa, sino libre para realizar su bien elegido en un universo de posibilidades.

Pico es una posibilidad ofrecida que obrará de estímulo para hacer eso bueno y elevado que se puede ser. El hombre no tiene más posibilidad de realizar su ser propio que recorrer hacia arriba la escala de perfección a la que está llamado y destinado por Dios. Sólo el bien humano posible constituye el camino hacia la realización de su auténtico ser.

Pico para espolear al hombre a realizar libremente su verdadero destino y hacer así honor a la dignidad y honor en que fue colocado por el Hacedor, creemos que no hay oposición fundamental entre los dos aspectos libertad e ideal de perfección.

La Oración acentuaba la distancia del hombre respecto de cualquier forma particular de ser, su indeterminación o indiferencia activa, no se da nada para estar equidistante de todo, "*te coloqué en el centro del mundo... para que volvieras más cómodamente la vista a lo que hay a tu alrededor*"[47]. Como vínculo y mundo de toda la creación, concepto este que ya existe en la Oración. En este "*reunir y coligar las naturalezas del todo el mundo"* pone Pico ahora la dignidad del hombre. El hombre es un poco aparte de todo lo creado, como un cuarto mundo después del primero el intelectual, el segundo el celeste, y del tercero terrenal, o más que un cuarto mundo "una nueva criatura" complejo y reunión de los otros tres. El hombre no está por encima de los ángeles y de las inteligencias, pero supera estas esferas de seres porque participando de su misma perfección contiene todas las otras por debajo de él.

Pico parece correrse hacia el otro lado de la dignidad, sentido, posibilidades de superación y ascensión brindadas al hombre, invitación a realizar por el mismo su propio y único verdadero destino.

Desde su radical poder-ser indiferente y activo, como creador de sí mismo, el poder-ser lo otro, posibilidades hacia lo inferior al hombre, nunca en Pico son verdaderas posibilidades de realización humana sino argumenta de excelencia y dignidad por haber sabido destinarlas, sometiéndolas y sacrificándolas a las otras superiores.

Pico se esfuerza por hacer ver que Dios está más allá del ente, pues ente es participado, participación del Ser, no el ser mismo. "*A Dios le concebimos como la universalidad de todo acto, plenitud de todo ser*".[48] Pico nos tiene acostumbrados a recorrer con nuestros comportamientos morales los pasos metafísicos y teleológicos con que se ha descrito la realidad. Dios es el modelo, la unidad norma de la existencia del hombre. La visión del hombre de Pico vuelve su fondo cristiano y en él tiene toda su significación libre, el hombre para realizar su propia existencia, que no tiene más limite que el mismo Dios en su omnicomprensiva perfección y en su unidad absolutamente simple.
Pico traza como realizable el mejor destino humano, esto es si lo maravilloso en el hombre es el poder ser lo que quiere, su libertad de forma definitiva, lo grande y la dignidad propia estarán sólo en realizar libremente y por su propia opción el único camino que le hace ser a plenitud hombre.

A comparación de otros, Pico prefiere la desnudez de lo verdadero, al ornato de lo falso. "*La ciencia es seria, simple, aborrece el florero, la pompa del discurso; es para personas formadas*"[49].

---

[47] Op cit
[48] Op cit
[49] Op cit

En Pico claramente este saber es el instrumento y el camino obligado para realizar el hombre su mejor posibilidad, su opción por lo más humano.

A su vez, pone cuidado en delimitar esta nueva ciencia de las cosas, dando como seguramente ningún otro en su tiempo, la teoría, límites y métodos de esta naciente filosofía y ciencia de la naturaleza. La razón profunda está en que una tal ciencia, sus derechos y exigencias, estaban plenamente en la línea de su pensamiento fundamental, la dignidad del hombre, colocado en lugar estratégico de la creación, vuelto a todas las esferas del ser para verlo y conocerlo todo, convencido por presupuestos especulativos, de la pertenencia y continencia de todo en todo.

Pico pone las bases de toda ciencia moderna, la regularidad natural del mundo en sus procesos sin intervención foránea y unida a ello, la posibilidad y conveniencia de ocuparse el hombre en conocer las fuerzas secretas, pero naturales, de los procesos mundanos y aún en conquistar el arte de manejarlas. No ha dado sino en anticipación intuitiva las vías y dirección del método científico moderno, no le ha interesado hacer ciencia física, pero ha dado un modo ejemplar la dimensión científica del hombre, armado portentosamente con este instrumento para realizar su soberana libertad en medio del universo sometido a su saber teórico y germinalmente técnico La ciencia para Pico es un foco de luz difundida por doquier, de modo que fácilmente el que sepa mirar, verá convergentes y complementarios los rasgos que alumbran diversísimos campos.

En Pico es imposible abandonar en una dimensión sin encontrar en el camino o en el término a las otras que se entrecruzan y funden en la raíz común; la concordia lleva a la unidad, a la unidad de la ciencia, a la libertad no atada por ninguna particularidad excluyente. En lo doctrinal Pico siguió mayormente la segunda vía, la de empujar todas las diferencias al punto de convergencia de la unidad, la única verdad adornada de policroma variedad.

Pico, el determinante de su Oratio, la libertad humana, la personal responsabilidad del hombre en su conducta y existencia no hacen al hombre, ni guían su existencia las estrellas, sino su educación, su propia experiencia, su libérrima voluntad.

"*Pico es una fórmula original del humanismo naciente, sensible a las bellezas y grandezas de este mundo, pero con arraigo en la mentalidad religiosa y teológica del Medievo. La dignidad admirable y grande del hombre, ha encontrado carne y realidad en la obra y en la vida de Juan Pico della Mirandola*".[50]

2.2 La dignidad del hombre para Fernán Pérez de Oliva[51]

En la obra de Fernán Pérez de Oliva: "Retorica y Dignidad del Hombre" comienza en decir que en la creación del mundo, habiendo hecho la Sagrada Escritura con mención de Dios con nombre de uno, cuando hubo de crearse el hombre, refiere que dijo Dios: hagamos al hombre a nuestra imagen y semejanza: así que declaró ser muchas personas en aquel paso, hacia la imagen de ellas. Y no sin causa dobló las palabras cuando dijo imagen y semejanza, porque la imagen es la esencia, y la semejanza es el poder y el oficio. Que así como Dios tiene en su poderío la fábrica del mundo y que con su mando la gobierna, así el ánima del hombre tienen en el cuerpo sujeto y según su voluntad lo mueve y lo gobierna.

"*El cuerpo humano está hecho de tal arte y tal medida que bien parece que alguna gran cosa hizo Dios cuando lo compuso, la cara es igual a la palma de la mano, la palma es la novena parte de*

[50] Martínez Gómez, Luis. *De la Dignidad del Hombre, Pico della Mirandola.*

[51] Hernán o Fernán Pérez de Oliva (Córdoba, ¿1494? - Ibíd. 1533), ingeniero, humanista y escritor español.

toda la estatura, el pie es la sexta y el codo la cuarta, y el ombligo es el centro de un círculo que pasa por los extremos de las manos y de los pies, estando el hombre tendido, abiertas piernas y brazos. Así que tal compostura y proporción, cual no se haya en los otros animales nos muestra ser el cuerpo humano compuesto por razón más allá en el cual puso Dios sobre pies y piernas de hechura hermosa y conveniente, porque pudiese contemplar el hombre la morada del cielo para donde fije creado. Al hombre lo cubrió sólo la cabeza, mostrando que sólo la razón que en ella mora hubo menester amparo daría a las otras partes bastante provisión."[52]

Él dice que no es el hombre desamparado de quien el mundo gobierna, más antes abastecido más que otro animal alguno, pues le fueron dados entendimiento y manos para esto bastantes, y todas las cosas en abundancia de que se mantuviese. "*Si bien hallarás que estas necesidades son las que ayudan a los hombres a vivir en comunidad de donde cuánto bien nos venga y cuándo deleite, tú lo ves, pues de aquí nacen las amistades de los hombres y suaves conversaciones. Así que nos parece falta de naturaleza no es sino guía que nos lleva a nuestra perfección Los hombres son tan diversos en voluntades que no era cosa conveniente que Dios les diese más instrumentos para que cada uno se proveyese de las cosas según su apetito*."[53]

Así que ésta incertidumbre en que Dios puso al hombre responde a la libertad del alma. Quiso Dios cumplir la voluntad de todos haciéndonos en estado de poder escoger.

El entendimiento es el que iguala a las cosas mayores, éste es el que rige las manos en sus obras excelentes, éste halló el habla con que se entienden los hombres, halló el misterio de las letras que nos dan la facultad de hablar con los ausentes y de escuchar ahora a los sabios antepasados, las cosas que dijeron. Y las mayores tinieblas para el entendimiento son la perversa voluntad; así está escrito, que en el ánima malvada no entrará sabiduría. No es luego falta de entendimiento caer en errores, sino de nuestros vicios que lo ciegan y lo ensucian, los cuales si evitamos y seguimos la virtud tenemos la vista clara y nunca erramos como quien anda por camino manifiesto.

Al entendimiento se le considera una excelente obra, los ojos del entendimiento no podría alcanzar con las manos corporales, por eso no hay que condenar los ejercicios propios del hombre, antes hay que considerar los artificios como gloría del hombre.

Salomón dice en sus proverbios: Bienaventurado es el que halló sabiduría y abunda de prudencia, mejor es su ganancia que la de oro y plata, y todas las cosas que se pueden desear. Gran cosa es la sabiduría, la cual nos muestra todo el mundo, y nos mete a lo secreto de las cosas y nos lleva a ver a Dios, y nos da habla con él y conversación y nos muestra las sendas de la vida. Ésta nos da en el ánimo la templanza, ésta alumbra al entendimiento y concierta la voluntad, ordena al mundo, y muestra a cada uno el oficio de su estado, ésta es la reina y señora de todas las virtudes, ésta enseña la justicia y templa la fortaleza.

Fácil entrada y suave la perseverancia, el camino de ir a ella es el deseo de alcanzarla y presto de dejar ver de quien con amor la busca. El amor de ésta es el temor de Dios, que limpia los ojos de nuestro entendimiento y esclarece la lumbre, que para conocer el bien y el mal Dios nos dio y ésta es la lumbre por quien dijo Salomón: quien con la lumbre velare para haber sabiduría, no trabaje, que a su puerta la hallaré sentada, queriendo decir, que muy cerca está la sabiduría de quien la mira con ojos claros del entendimiento, limpios con amor y deseo de servir a Dios.

---

[52] Pérez de Oliva. *Diálogo de la Dignidad del Hombre.*

[53] Ibidem

El hombre que escoge su estado en qué vivir él y sus pensamientos, con voluntad de tratarlo como le muestra la razón vive contento y tiene deleite: más el que por fuerza siguiendo uno, muestra que tiene los ojos y el deseo en los otros más altos, sin templanza y sin concierto, este vive disipado y apartado de sí mismo, atormentado de lo que posee y atormentado de lo que desea. Así que nosotros tenemos libre poderío de ser exentos de los escarnios de fortuna, en los cuales quien cayere con mucha razón será atormentado pues él mismo se le dio.

La fortuna es buena para amonestar a los hombres, para que cada uno se contentara con su estado, no para dar descontentamiento con deseo del ajeno. Ella se declara por muchos ejemplos y no tiene la culpa de los males que tras ella se parecen, sino que teniéndola quien por descuido o ceguedad no los considera

"Los espantos de la muerte no son sino guardianes de la vida. No es la muerte mala, sino para quien es mala la vida que los que bien viven en la muerte hallan el galardón pues por ella pasan a la otra vida más excelente".[54]

2.3 La dignidad del hombre para Emmanuel Kant[55]

Kant con su aportación al humanismo destaca a la persona sobre todo lo existente, al señalar el valor y la dignidad proporcionando a la ética la fórmula que coloca al ser humano en el lugar que le corresponde "piedra clave" en la construcción de la moralidad. La persona entre más respetada sea se reconocerá el valor más alto y la humanidad alcanzara el nivel más alto en el campo moral.

Kant, inspirado en el cristianismo[56] le sirve de base para asentar su ética y encuentra la razón última de la dignidad humana en la ley moral impresa en nuestro espíritu, lo cual da prueba de que pertenecemos a un universo superior al sensible con una finalidad más alta a la del mundo material condicionando por el tiempo, que nos imprime una dignidad por encima de todos los fenómenos aparentes.

Al encontrar una armonía entre la obediencia a la ley moral y la íntima tendencia a la perfección de nuestro ser: porque estamos hechos para el bien y el bien moral que es el que nos perfecciona de una manera interna haciéndonos más humanos.

La importancia y el valor de la persona por encima de los demás seres existentes en la naturaleza es necesario fundamentar con solidez esa verdad, al damos cuenta que estamos cayendo en gran parte de los males que nos aquejan son resultado de haber desplazado al ser humano de ese lugar primordial trastocando la jerarquía del valor, hoy más que nunca una parte considerable de los humanos son pisoteados, marginados ignorados maltratados. En muchas formas, la persona está siendo marginada por los propios seres humanos que les anteponen el dinero y el poder.
Es por ello que cobra importancia la "toma de conciencia" como característica fundamental de la persona esto es conocer más y tener convicción, como convencidos de la dignidad de la persona, y actuar en consecuencia. Por lo que se da la importancia a la tercera formulación del imperativo categórico de Kant, es importante el hacer presente que por encima de todo lo existente se encuentra el ser humano como un ser humano como un ser absoluto que es fin en sí mismo como dice Kant. Al establecer un principio ético fundamental que a la vez servirá de base para crear un gran

---

[54] Ibidem

[55] Immanuel Kant (Königsberg, Reino de Prusia, 22 de abril de 1724 - ibídem, 12 de febrero de 1804), fue un filósofo alemán.

[56] Gómez Caffarena, José. *El Cristianismo y la Filosofía Cristiana. Historia de la Ética.* pp. 282-344.

humanismo: "obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro siempre como un fin al mismo tiempo y nunca no solamente como un medio".[57]
Kant en su tercera formulación del imperativo categórico dice que la conciencia es consecuencia de la convicción que el mismo posee del valor y dignidad del ser humano. Dejando como mandato de la ley moral, el principio que sirve de base al trato entre los humanos como condición esencial de la moralidad y del humanismo. Dice Kant: "*Trata a la persona como un fin y nunca solamente como un medio*".

Kant al unir los conceptos de ser racional, libre, autónomo capaz de realizarse moralmente y reino de los fines, con lo que sustenta su tesis ética el valor del ser humano.

El filósofo apunta el porqué de la falta de moral en quienes manipulan, usan, atropellan lesionan son injustos con la persona buscando satisfacer sus propios intereses individuales.

Para Kant el concepto de persona es todo aquello que constituye la dignidad del ser humano.

La persona significa ser racional, capaz de actuar por si sola con razón, al tratar de estar por encima de necesidades o inclinaciones materiales, de ser objetivo sobre la misma subjetividad para alcanzar lo universal sobre sus intereses individuales y llegar a un mundo superior en donde todos los seres racionales coincidan en una forma universal. Todos los seres racionales al poseer su capacidad de actuar conforme a su razón y su libertad, con conciencia ideal lo que Kant le llamo reino de los fines. "*El entrar o pertenecer al universo fenoménico de la naturaleza, de la casualidad mecánica, la persona por su razón es parte del universo inteligible, donde la voluntad posee una finalidad libre para desenvolverse en forma independiente de las leyes necesarias de la experiencia dando sea sí misma sus propias leyes; y es de una sola y misma conciencia de donde proceden el uso teórico y práctico de la razón."*[58] Para Kant la ley moral es algo suprasensible, no tiene más facultad de conocimiento que le proporcione aplicación a objetos de la naturaleza que el entendimiento.

El ser persona significa ser autónomo, es decir, poseer autodeterminación, autolegislación ser independiente frente a la necesidad fenoménica como también ser libre.

La conciencia moral nos da esa prueba de que la libertad existe y con ella la autonomía de lo voluntad que se da a sí misma ordenes obligatorias, mandatos incondicionados, lo que nos da muestra de que tenemos el poder de conformarnos a ellos. La libertad es la condición a priori del deber moral. Para Kant el deber es el poder, puedo hacer todo aquello que debe hacer; tengo libertad para hacerlo.

Es esencial el tener conciencia de los problemas para poder enfrentarlos y resolverlos. Kant tiene razón al sostener que "si debo hacer algo, es que puedo hacerlo, pues nadie está obligado por ningún deber hacer lo que no puede hacer y que cada quien tiene sus propias acidadas y limitaciones", es por eso la importancia que tiene el conocernos a nosotros mismos como dice Sócrates. Freud al conocer el inconsciente dice que hay que tener presente que existen *Fuerzas ocultas* en nuestra conciencia, por lo que nos impiden ser libres para actuar como personas maduras, responsables de nuestros deberes. Considerando que el enfermo no se le puede exigir que comporte como persona sana haciendo lo que debe.

---

[57] Kant, Immanuel. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres.* pp 44-45.
[58] Kant, Immanuel. *Crítica de la razón práctica*. p. 139.

El ser humano por su razón rebasa todos los demás seres de su naturaleza y, por su conciencia tiene la voluntad como la libertad en donde se encuentra unida su autonomía.

Nuestro pasado inconsciente no nos exime de nuestras responsabilidades morales. Tenemos obligación moral de luchar para superar nuestros conflictos emocionales en la medida en que tengamos consciencia de ellos. Pero es indispensable, para que exista responsabilidad moral, que haya consciencia y libertad, sin ellas nuestros actos no pertenecen a la ética.

En el ser humano al poseer la autonomía de su voluntad tiene la capacidad de hacer sus propias leyes morales siendo legislador de sí mismo y de su propio destino, las leyes causales en el que cada ser de la naturaleza que le son propias de manera ciega son finalidad. Es la experiencia fenoménica en la que estamos inmersos, nos aparece como un todo determinado. La persona por oposición a ese universo al que también pertenece fenómeno se eleva como ser único con una dignidad que no puede poseer ningún otro ser, por la autonomía de su voluntad que se identifica con su libertad, y que le permite ser dueña de sí misma, elegirse a sí misma, crearse, prever su finalidad como ser humano y como ser moral. Con su autonomía, que es lo más íntimo de la personalidad humana de lo que se puede decir se funda su dignidad. Nadie tiene derecho de atentar contra la legítima autonomía de la persona. La voluntad heterónoma que le da la ley de algo a alguien que no es ella misma, la voluntad autónoma se da a sí misma sus propias leyes. Y si la voluntad es autónoma esto implica, por necesidad, la existencia de la libertad.

El hecho de poseer el poder y el derecho de hacer y establecer sus propias leyes y el de tener autonomía es lo que lo hace más importante al ser humano por estar encima de otro ser le constituye un fin es sí mismo y le proporciona dignidad por la capacidad de actuar de manera autónoma y responsable, es lo que le da un sustento de soberanía de sí mismo a la vez que le constituye como un ser único en el universo de lo real.

El tener dignidad como persona difiere el vivir de acuerdo con esa dignidad en nuestro actuar. Por lo que necesitamos tener conciencia de ella, y cuando esto se logra nuestra conducta se ampara al deber ser de la ética de Kant en su tercera formulación del imperativo categórico: "*respetaremos la persona que somos y la persona que es cada uno de acuerdo de nosotros en su libre actuar*". La importancia de cobrar conciencia de esa dignidad.

La dignidad que el ser humano posee como persona y la dignidad que solo reviste a la persona que actúa hay una diferencia moralmente que ha sido muy discutido y hay una contradicción en lo que es el ser humano.

La importancia que da Platón en las leyes al hecho de alcanzar la posesión, el señorío de nosotros mismos por el dominio de nuestras pasiones. De eso depende el vivir propiamente como humano, es decir, moralmente para sí: "*Con relación a cada individuo la primera y más brillante de victorias es la que se consigue sobre sí mismo, como igualmente de todas las derrotas la más vergonzosa y la más funesta es la de verse vencido por sí mismo, todo lo cual supone que cada o de nosotros vive dentro de sí una guerra*".[59]

Kant habla con claridad de esa diferencia como lo muestra en su discurso en la segunda critica[60] la comunidad perfecta se logra: "el reino de los fines" cuando se vive conforme a la ley moral una humanidad más elevada realizando el proyecto de la moral. En tanto el ser humano virtuoso no es feliz pero si es digno de ser feliz, en este problema se encuentra la postura de quien llama dignidad

[59] Platón. *Laws.* p 626.

[60] Kant, Immanuel. Op. Cit Capítulo 2.

negativa del ser humano a la que posee por el hecho de ser persona, dignidad positiva a la que alcanza por su realización moral.

Ser persona significa poseer la capacidad de realizarse moralmente para Kant el valor más alto es el valor moral.

Nos dice Kant: "ni el mundo, ni en general, fuera del mundo, es posible pensar nada que pueda ser considerado como bueno sin restricción a no ser tan sólo la buena voluntad".[61]

La buena voluntad, se identifica con la pureza de intención (el actuar el deber por el deber, haciendo a un lado todos los intereses egoístas), y en ella en la buena voluntad reside la bondad moral el poseer la capacidad de alcanzar la buena voluntad en todo ser humano lleva en sí mismo la ley moral[62] y esto es lo que le da la nobleza su valor, su dignidad más alta, en estar lleno de potencialidades.

El conocer nuestra propia conciencia nos da un testimonio de ser capaces de optar por el valor moral, aunque el conocimiento de la conciencia implique sacrificios en la propia vida. Los seres racionales por tener las potencialidades de convertir en realidad el valor moral y con ello el conocimiento de la conciencia es el supremo valor que confiere la dignidad a la persona humana. Kant nos dice: "*el respeto se aplica siempre sólo a personas, nunca a cosas... Dice Fontenelleante, ante un gran señor*".[63]

Lo que Kant formula en general, aunque la fórmula general se puede aplicar al material empírico y concreto es lo que consiste la genialidad del descubrimiento de Kant. De acuerdo con Klein en que las normas de la ética deben basarse en lo que somos, es decir, en la ley natural, para tener sentido y ser prácticas. Si dichas normas morales han de ser cumplidas por los humanos, deberán haber sido sacadas de lo que son los humanos para encaminarlos hacia el deber, ser según su naturaleza: es malo mentir porque la inteligencia humana está hecha para la verdad y, el mentir va en contra de su propia naturaleza. Es bueno amar (darse a los demás) porque estamos hechos para el amor y sólo podríamos realizarnos como humanos sabiendo amar.

Además con la razón humana, la que nos indica lo que es bien y lo que es mal según la ley natural, lo que somos; y es nuestra propia conciencia, la que nos dice en cada momento lo que debemos hacer o evitar, nuestro deber Por la razón por la que podemos aplicar a cada caso el imperativo categórico de Kant. Para que cada acto sea bueno moralmente, debe contener en su intención más íntima, una voluntad pura de cualquier otro interés que no sea la búsqueda del bien moral El actuar moralmente en apariencia, nos mueve intereses egoístas como el deseo a la felicidad, el ser estimados por los demás, el ser premiados; ya no tendrá nuestra acción la pureza moral que requiere la buena voluntad de la que habla Kant, el actuar por el deber y al hacer a un lado otra motivación que no sea el conformamos a la ley moral que llevamos en nuestra interioridad. Y si el imperativo categórico resulta muy abstracto podría ser el contrario, que su hallazgo de una fórmula general que se puede aplicar a los actos concretos, y es un acierto de Kant.

El ser persona significa ser miembro del reino de los fines si el ser racional es un fin en sí misma, la naturaleza humana se distingue de las demás por poseer en ella misma un fin. "*Ese fin es el objeto de toda buena voluntad, se trata de la realización moral, la cual trae consigo un mayor bienestar y*

---

[61] Kant, Immanuel. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* p 21

[62] Kant, Immanuel. *Critica de la razón práctica* p113. "La razón pura es practica por sí sola y da al ser humano una ley universal que denominamos la ley moral".

[63] Idem p 76

felicidad a los humanos sin buscarla por sí misma, si se obedece a una manera generalizada el imperativo categórico en su tercera formulación, eso conlleva valoración, respeto y estima de unos a otros lo que genera necesariamente bienestar alegría, felicidad, tanto más como fuera cumplido por todos". [64]

Kant se refiere a dicho reino como: "*...el significado ideal de un reino de los fines en sí (seres racionales) al cual sólo podemos pertenecer como miembros cuando nos conducimos cuidadosamente según máximas de la libertad, cual si ellas fueran leyes de naturaleza, por lo que produce en nosotros un vivo interés por la ley moral*".[65]

Kant mismo menciona que se trata de un ideal, pero a veces de esa utopía se puede convertir en realidad. A pesar de lo alejados que estamos de ese ideal: todos los seres racionales optamos por el valor moral actuamos poseídos de la buena voluntad en conformidad con el deber. Existe un abismo de valor las simples cosas cuya intima esencia consiste en ser medios, con el ser que posee un valor absoluto como fin en sí mismo, que es la persona.[66]

Los seres irracionales de la naturaleza se oponen porque son condicionados y tiene un valor relativo a aquellos que no pueden ser usados como simples medios por ser fines en sí mismos, por lo que merecen el mayor respeto. La persona no debe estar a la merced del capricho o al deseo de nadie.

2.4 Ubicación de la dignidad en el hombre contemporáneo

La pregunta sobre el hombre, es una cuestión que ha inquietado durante siglos al mismo hombre. Interrogante por excelencia, que manifiesta cabal y abiertamente la búsqueda por la verdad, por aquella verdad que sin lugar a dudas, expresa el significado de la existencia humana. Como toda incógnita planteada, esta también ha tenido múltiples respuestas como se verá en párrafos adelante. La solución siempre será parcial e inacabada. Es imposible abarcar en su totalidad, la interpretación de la condición humana.

El hombre es un misterio con muy variadas facetas ocultas; pero la racionalidad ha podido descubrir poco a poco algunos de sus secretos.

En los últimos años del Siglo XX sólo pudieron ser vistos como una vorágine de acontecimientos que no logran obtener una síntesis armónica, síntesis obligada para alcanzar el tan anhelado desarrollo de la humanidad.

Como en ninguna otra época de la humanidad, nuestro tiempo se ha caracterizado por la búsqueda del significado del hombre, sin embargo, como contradicción inexplicable, el hombre mismo ha sido relegado a segundo y tercer término; no es lo mismo estudiar al hombre, encontrar su significado real aunque parcial, que valorar su condición humana.

---

64 Idem.p 43 Dice Kant: lo que le sirve a la voluntad de fundamento, objetivo de *su* autodeterminación y cuando este fin es puesto por la sola razón debe valer igualmente para todos los seres racionales. En cambio lo que constituye meramente el fundamento de la posibilidad de la acción, cuyo efecto es el fin, se llama medio".

65 Idem p 66. "Por reino entiendo el enlace sistemático de distintos seres racionales por leyes comunes. Más como las leyes determinan los fines, según su validez universal, resultará que si prescindimos de las diferencias personales de los seres racionales y así mismo de todo contenido de sus fines privados, podrá pensarse un todo de todos los fines (tanto de los seres racionales como fines en si, como también los otros fines que cada quien pueda proponerse)". p 47

66 Idem. pp 48-49. Señala: "En el reino de los fines todo tiene un precio o una dignidad Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente, en cambio, lo que se vaya por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad: lo que se refiere a las inclinaciones y necesidades del ser humano, tiene un precio comercial; lo que sin suponer una necesidad se conforma a cierto gusto, es decir, a una satisfacción producida por el simple juego, sin fin alguno, de nuestras facultades, tiene un precio de afecto; pero aquello que constituye la condición para que algo sea fin en sí mismo eso no tiene meramente valor relativo o precio, sino un valor interno, esto es dignidad".

El imperante acondicionamiento económico, sólo nos ha traído la marginación del hombre, la pérdida considerable de su estimación real.

Es complejo el desconcierto en el que vive el hombre de hoy. Difícilmente tiene a su alcance principios claros y sólidos, donde puede cimentar las acciones de su existencia. Es común observar personas, vagando por este mundo sin una orientación bien definida. Lo más alarmante de todo es que las personas se encuentran convencidas de que no les falta algo. Cuando carecemos de un punto de comparación, el comportamiento aunque sea erróneo se aprecia como normal. El error como normalidad, se torna en reluciente verdad.

El acelerado avance de la tecnología, nos ha conducido también, sin lugar a duda, al menosprecio del hombre. En la actualidad nos preocupamos más por los nuevos adelantos que por su repercusión en la realidad de la existencia humana.

Solitario y pagado de sí mismo, el hombre es como actualmente se encuentra, sin lugar a duda, llamando al solipsismo.[67]
El hombre fuera de sí mismo, lejos de su yo interno que lo unifica, de su interior que le proporciona un desarrollo armónico refleja ciencia, tecnología, economía, bienestar social. Nunca ha estado más alejado de sí mismo. El hombre ha roto con todo lo natural, violentando incluso las leyes de la naturaleza.

Distraer al hombre de su rutina y anonimato es siempre incómodo, la sociedad en la que vivimos es producto de la acción del hombre, no existe otro constructor que uno mismo y los demás seres humanos. La respuesta ha de provenir de una visión distinta del hombre

La visión actual entendida como: cientificista, mecanicista, consumista, hedonista, pragmática, materialista, exhibicionista, ateísta, politizada y parcializada del hombre, sólo nos ha orientado hacia la desviación de la realidad humana.

El aislamiento del hombre por todo lo que hace referencia a los demás, ha propiciado la enajenación en masa. El hombre actual se humaniza o se pierde.

Humanizar al hombre es, restituirle su estado habitual. Buscar que viva su condición primigenia. La certeza de poder alcanzar un mundo mejor y distinto al que hoy conocemos, no es una simple ilusión. Es trabajo de todos y para todos en un ambiente de armonía y de justicia. Si el amor, como dinamismo de las acciones del hombre logra superar todos los obstáculos, orientación partidista, reyerta, egoísmo personal y comunitario, ambición de poder o económica, injusticias, manipulación del hombre por el hombre, apatía ante la desgracia ajena, entonces, y solamente entonces, podremos esperar un mundo mejor.

La realidad nos agobia e incluso sentimos que nos sobrepasa. Nada más falso, para quienes aún creemos en el hombre, y en su capacidad de desarrollo personal, crecimiento y perfeccionamiento. Si el hombre ha sido el autor de su desgracia, lo puede ser también de su felicidad.

El hombre ha mirado hacia su desarrollo intelectual, social y físico, es tiempo ya de orientar su mirada hacia el desarrollo psicológico, moral y espiritual.

---

[67] Solipsismo, del latín *"[ego] solus ipse"* (traducible de forma aproximada como *"solamente yo existo"*) es la creencia metafísica de que lo único de lo que uno puede estar seguro es de la existencia de su propia mente, y la *realidad* que aparentemente le rodea es incognoscible y puede no ser más que parte de los estados mentales del propio yo. De esta forma, todos los objetos, personas, etc., que uno experimenta serían meramente emanaciones de su mente y, por lo tanto, la única cosa de la que podría tener seguridad es de la existencia de sí mismo.

Nada duele más en esta vida, que vivir como un ser mutilado, vagando por el mundo sin ton ni son. Pero si el ser humano no se conoce, jamás se podrá valorar y mucho menos, reconocer de lo que es capaz, para bien. La respuesta está en el hombre. La solución en el ser humano.
La filosofía tradicional no es la filosofía del mundo actual. No lo es por "tradicional", pero sigue siendo verdadera. Y la verdad es verdad no por tradicional o por actual, sino por ser verdad. Por ello seguimos fieles a Aristóteles y a Santo Tomás.

Boecio (Anicio Manlio Torcuato Severino), define a la persona humana como la sustancia individual de naturaleza racional.[68]
En interpretación elemental, cuando se habla del hombre en su calidad de persona, nos referimos a su esencia, a lo que el hombre es, o en otros términos, aquello por lo cual el hombre es un hombre y no otro ser distinto.

Digamos también que "sustancia individual" significa que cada hombre tiene la peculiaridad de existir por sí mismo, con una unidad en su ser que lo distingue de los demás hombres y de los demás seres en general Su individualidad se funda en la materia que interviene en su composición.

Digamos, por último que su "naturaleza racional" nos indica que en el ser humano están, como notas verdaderamente propias y especificas su inteligencia y su voluntad, que son facultades de su espíritu, por ellas el hombre es persona.

Por lo tanto, el hombre es un ser compuesto de materia y espíritu, de cuerpo y alma; pero íntimamente unidos, integrando un todo en sí mismo, no se trata, pues, de partes superpuestas o agregadas. El hombre es a la vez material y espiritual. El hombre es a la vez individuo y persona. Es "un animal racional". En esto radica el misterio de su unidad ontológica.

El cuerpo del hombre, su constitución física, lo mismo que su temperamento, nos hablan de su materialidad, de su individualidad, de su contacto con la naturaleza animal. Y la voluntad y la inteligencia nos muestran su racionalidad, su espiritualidad, es decir, lo que específicamente le da el rango de persona. El carácter es la confluencia de lo material y de lo espiritual, la interacción de los elementos somáticos e instintivos con la acción de la voluntad y de la inteligencia.

El término griego *éthos*, significa fundamentalmente "carácter" o "modo de ser". El carácter que un hombre tiene es decisivo para su vida porque, aunque los factores externos le condicionen en un sentido u otro, el carácter desde el que los asume es el centro último de decisión. Por eso decía Heráclito de Éfeso que, "el carácter es para el hombre su destino"; según el carácter que un hombre tenga, enfrentará la vida con ánimo o con desánimo, con ilusión y esperanza o con pesimismo y amargura.

Las "circunstancias" también influyen como dice la famosa expresión de Ortega y Gasset: "yo soy yo y mis circunstancias"[69], pero habitualmente se silencia la segunda parte de la expresión: "*si no salvo mis circunstancias, tampoco me salvaré yo*".[70] Cosa que no puede hacerse si no desde un carácter que se encuentra "alto de moral", en forma, como indica la expresión "moral", que significa lo mismo que ética.

---

[68] Durand, Guy. *La bioética*. p 35.

[69] Ortega y Gasset, José, *Meditaciones del Quijote*

[70] Idem

Desde el origen griego de la ética cabe distinguir en el mundo humano entre el temperamento *(pathos*[71]*)*, constituido por aquellos sentimientos y actitudes con los que se nace y que no se pueden cambiar, y el carácter que cada uno se va forjando, el modo de ser del que cada quien se va apropiando a lo largo de su vida al hacer sucesivas elecciones en un sentido.[72]

Podemos decir que la ética es un tipo de saber práctico, preocupando por averiguar cuál debe ser el fin de nuestra acción, para que podamos decidir qué hábitos hemos de asumir, cómo ordenar las metas intermedias, cuáles son los valores por los que hemos de orientarnos, qué modo de ser o carácter hemos de incorporar, con objeto de obrar con prudencia, es decir, tomas decisiones acertadas.

El hecho de que exista el saber ético, indicándonos cómo debemos actuar, es buena muestra de que los hombres somos libres para actuar en un sentido u otro por muy condicionada que se encuentre nuestra libertad; porque como decía Kant "*si debo, es porque puedo*": Si tengo conciencia de que debo obrar en un sentido determinado es porque puedo elegir ese camino u otro, de ahí que la libertad sea un elemento indispensable del mundo ético, al que va estrechamente ligada la responsabilidad.

El escritor romano Aulo Gelio en su obra: "Noches éticas" del Siglo XIII,[73] nos habla de la *humanitas* como una forma de ser hombres a la manera como lo entendían los griegos en su receso educativo o *paideia*, anclado en la *areté* (en griego *αρετή*) o virtud, como una fuerza para alcanzar un ideal en el caso la condición de humano. Es verdad que el concepto de humano o humanidad varia a lo largo del tiempo. Los filósofos griegos se preguntaban en sus reflexiones por algo permanente a pesar de los cambios, tanto por los que se refieren al cosmos como por lo que se refiere al hombre. Interrogaban por una *físis o* naturaleza común a todos los seres.

Cicerón al igual que Séneca en varias de sus obras nos describen rasgos del hombre y de la humanidad que a pesar del tiempo nos parecen reflejar cabalmente el ser de nuestra especie, en particular Séneca en su amplia obra filosófica literaria.

"El humanismo es un saber profundo del ser humano, en el cual cabe fundar el mundo del valor en general"[74] y en donde se derivan, en particular, unos valores y unos ideales éticos que se distinguen precisamente por estar cifrados en la libertad y la dignidad humana. Cifrados, en suma, en el ethos, en el cumplimiento más fiel del hombre con su libre destino libremente humanizado.

Al ser humano corresponde la vieja tarea, consagrada por Píndaro, de "llegar a ser lo que se es", en el sentido de adquirir la humanidad *(humanitas);* lo cual significa que el hombre no tiene un "ser" dado o realizado por el sólo hecho de tener la vida biológica, sino que tiene que "hacer" su propio ser, producirlo y formarlo, precisamente a través del *ethos y* la *paideia.* Y en esto, se cifra su grandeza o su "dignidad". "*Para ser lo que es, el hombre necesita hacerse un hombre nuevo: ser distinto para ser sí mismo*."[75]

---

[71] En la Retórica de Aristóteles (libro 1, 1356a), el *pathos* es el uso de los sentimientos humanos para afectar el juicio de un jurado. Un uso típico sería intentar transmitir a la audiencia un sentimiento de rechazo hacia el sujeto de un juicio para intentar con eso influir en su sentencia. En este sentido se puede decir que crear en la audiencia un sentimiento de rechazo hacia el sujeto juzgado, al margen del hecho que se está juzgando es, en el sentido etimológico de la palabra, crear un argumento patético.

[72] Cortina, Adela. *Ética de la Empresa. Claves para una Cultura Empresarial* pp 18-22

[73] Kart, Jaspers *Psicología de las Concepciones del Mundo* p 171.

[74] González, Juliana. *El Ethos, Destino del Hombre* p 45.

[75] Idem p 23.

El humanismo se refiere al género hombre y a los particulares individuos que llamamos hombres. El universal se halla en la inteligencia del que conoce el predicar un elemento común: la esencia o naturaleza humana que se dice de todos los hombres. Este universal es resultado del proceso de abstracción con un fundamento real como son los individuos particulares.
Lo que caracteriza al hombre y en ello radica su humanidad es su condición de ser material o corporal y pensante o racional. Esa estructura compuesta se halla y une el supuesto persona. El humanismo es un resultado o efecto de la condición de ser una persona humana. Por resultado se pueden entender el conjunto de logros a que lleva en el tiempo y en el espacio el ejercicio de las potencias y actos de poseer la condición de persona. Esos logros se manifiestan en una cultura guiada por seres en busca de la unidad de todos sus miembros en el conocimiento verdadero; la voluntad buena; la búsqueda de lo grato en la belleza y la perfección de la existencia que se proyecta a la trascendencia.

Heidegger escribe: "*el humanismo significa ahora, en el caso de decirnos a retener la palabra: la esencia del hombre, es esencial para la verdad del ser, pero de modo que, en consecuencia, no sea la mayor monta precisamente el hombre sólo en cuanto a tal*."[76]

Por su concepción metafísica sobre el ser Heidegger no considera al hombre como el centro de la realidad. El ser es el centro y la clave. Por eso el hombre es el pastor o el guardián del ser.

La persona es ante todo dignidad, excelencia, cuerpo y espíritu, vida sensible, afectiva, volitiva y racional en unidad. Sciacca define así a la persona: "*persona es un individuo (y, por ello, sustancia o acto por el cual subsiste una esencia) que es también sujeto (es decir, individuo que siente), intelectivo (o sujeto dotado de inteligencia de la verdad o del ser); que además, tiene razón y voluntad siendo por tanto sujeto humano (principio de la animalidad y del espíritu), que tiene consciencia y conocimiento de sí, por lo que también es un yo*."[77]

La persona es ser individual, es un sujeto que siente, posee inteligencia, razón y voluntad con su dimensión corporal y espiritual, con conocimiento y consciencia de sí, que la constituye en un yo con unidad de sus diversos elementos.

El hombre es un ser que comprende el orden de la verdad, que es el orden de la vida espiritual. El hombre, no sólo porta valores sino qué él es un valor, los valores de la persona son la dignidad, la libertad, la responsabilidad, el carácter, la personalidad y la vocación entre otros. Se necesita que todo hombre tenga una visión integral de la persona humana.

Para complementar estas notas sobre la persona humana, mencionemos dos ámbitos sobre su dignidad, pero distingamos:

La dignidad ontológica es toda dignidad, es rango, jerarquía, superioridad. El hombre ocupa el puesto más alto entre todos los seres que existen en el mundo. Su rango se deriva de su propia naturaleza, es superior porque ningún otro ser es persona, ninguno que no sea él tiene inteligencia y voluntad. Sólo él es capaz de tener consciencia de su propio ser y de su propia vida. Y sólo él es capaz de decidir sobre el rumbo y fin de su existencia, como dueño que es de su destino.
La dignidad moral se finca en la libertad. Porque el ser libre quiere decir ser responsable. El hombre, consciente de sus actos y capaz de tomar decisiones sobre lo que habrá de hacer, se compromete. Asume el deber de responder de su conducta. Ningún otro ser en el mundo tiene este privilegio. De ahí que la responsabilidad, en este sentido, sea la medida del valor del hombre.

---

[76] Heidegger, Martin, *Carta sobre el humanismo* p 176

[77] Sciacca, Michele. *El Hombre ente desequilibrado* p 36.

La dignidad moral se apoya en la dignidad ontológica por ser inteligente y por tener voluntad libre, el hombre está obligado a pensar y a decidir sobre el para que de su vida y sobre el porqué de sus actos. La doble vertiente del bien y del mal se vuelve encrucijada permanente y exigencia insoslayable. La voz de su consciencia será el testimonio fiel de su responsabilidad.

Aunque todos los seres vivos tienden al placer, no es ésta la cuestión moral por excelencia, sino más bien la de qué seres tienen derecho a ser respetados, qué seres tienen dignidad y no pueden ser tratados como simples mercancías y, por tanto, qué deberes han de cumplirse con relación con ellos. Sólo los hombres tienen dignidad, porque sólo ellos son libres. Pero no sólo son libres porque pueden elegir, sino porque son autónomos: porque pueden regirse por sus propias leyes. El fundamento de la moral es entonces la autonomía de los hombres.[78]

Continuemos diciendo que el hombre es persona; pero habrá de conquistar una personalidad en el transcurso de su vida. Esto es, en la persona está la esencia del ser humano, y en la personalidad su existencia.

El trato especial que merecen los seres humanos, por encima de los restantes seres vivos, no constituye, como se oye a menudo un "prejuicio especista";[79] no es una discriminación análoga a la discriminación política por razón de la raza o del sexo. Mantener la prioridad ontológica del hombre frente los demás seres naturales no carece de fundamento: precisamente porque está dotado de conocimiento racional, el hombre puede trascender los intereses puramente animales y ponerse en el lugar de los demás seres. Por ello es justo que tenga a su cargo la totalidad del cosmos.

Su peculiar dignidad, por tanto, no descansa en un privilegio que se haya otorgado así mismo. En cambio la capacidad que tiene el hombre de ponerse en el lugar de otro justifica por sí sola su misión de administrador de justicia cósmica.

En este sentido se ha de interpretar el mandato del Génesis que, según la opinión común, se encuentra en la base del progreso occidental: cuando Yahvé prescribe a la primera pareja el dominio sobre el resto de la creación, no los invito al ejercicio de un dominio despótico sobre la naturaleza, sino al ejercicio de un dominio cuidadoso. Es cierto que con demasiada frecuencia el dominio se ha interpretado en el otro sentido. Pero es dudoso que ese sea el sentido original del mandato, cuando una de las imágenes más frecuentes del dominio del propio Yahvé sobre el hombre es la del pastor cuidando su rebaño. Y el pastor cuida a las ovejas respetando su naturaleza: llevándolas a fuentes tranquilas, ofreciéndoles pastos abundantes como se dice en el Salmo. Análogamente el dominio del hombre sobre el mundo será a la imagen del dominio de Yahvé cuando el hombre mientras transforma al mundo, tiene cuidado de hacerlo respetando la naturaleza misma de las cosas.

En este pensamiento, tan errado seria aniquilar una especie viva o hacer sufrir a un ser vivo más allá de lo razonable como equiparar el sufrimiento animal al humano, o pensar que el respeto a los animales es idéntico punto por punto, al respeto debido al hombre Existe una diferencia esencial que Heidegger expresó admirablemente cuando se refirió al hombre como el "guardián del ser".

Así, el trato de favor dispensado al hombre por parte del hombre, en el contexto del ecosistema, no obedece a un interés en particular del propio hombre, sino a una realidad beneficiosa para todos los seres naturales, y que encuentra su fundamento en la concisión racional del hombre. En efecto, para ponerse en el lugar de otro es preciso haber captado su naturaleza más profunda y, por tanto, haber

[78] Durand, Guy. Op. Cit. pp 35-36.
[79] Singer P. *Ética Práctica* p. 69.

discernido las formas de vida. Para eso, como se ha dicho, no basta el conocimiento sensible: es necesario el conocimiento racional, mediante el cual captamos diferencias relevantes. Sobre esta base, el hecho de que las formas de vida sean diversas basta para justificar un trato diverso. No sería justo tratar igual a las desiguales. En especial no sería justo equipar al ser racional y al ser irracional. Para Tomas de Aquino "*el ser racional, es querido por sí mismo*".[80] Kant dirá algo semejante: "*el ser humano, precisamente por ser racional, es un fin en sí mismo*".[81] "*Esto es lo que le hace depositario de una particularísima dignidad, lo que le hace merecedor de respeto*".[82]

Sin embargo, conviene precisar que el respeto no se dirige a la razón, sino al hombre entero, incluso cuando no da muestras evidentes de racionalidad. Una cosa es descubrir que la peculiar dignidad humana se refleja especialmente en la racionalidad o en la libertad y otra muy distinta es pensar que el objeto del reconocimiento es la razón o la libertad abstraídas de su sujeto, y no, más bien el hombre mismo.

En efecto: el hombre no es un espíritu dentro de una máquina sino un organismo vivo animado eso sí, por un alma espiritual, que no se comprende en función de puras necesidades orgánicas. La intención de Kant cuando destacaba la peculiar dignidad del hombre no era más que subrayar su infinita distancia con respecto a las cosas y a los demás seres naturales. Su intención al proclamar que el hombre es un fin en sí era subrayar que el hombre, cualquier hombre, vale por sí y no por sus cualidades. El hombre no es sus cualidades. Las cualidades pueden ser más o menos atractivas, más o menos útiles, más o menos valiosas por muchos motivos; pero ellas no merecen el reconocimiento absoluto que, en cambio, merece su portador. Sólo el hombre es digno por encima y por debajo de sus cualidades. Sin duda, las cualidades pueden reflejar mejor o peor la dignidad Mitológica radicada en el ser mismo del hombre, pero no la constituyen. Por el contrario "es la dignidad ortológica la que justifica e incluso exige el cultivo de esas cualidades que la manifiestan mejor".[83]

Ciertamente, la correspondencia entre lo externo y lo interno nunca será perfecta. Este explica que el reconocimiento de la dignidad pueda verse obscurecido y que a menudo deba ser precedido, digámoslo, por un acto de fe metafísica.

Con todo, sigue siendo cierto que el respeto a la dignidad humana no puede limitarse a actitudes interiores: se debe reflejar en el modo de tratar con uno mismo y con las demás personas. Ahora bien, esto significa tratar con seres de cierta naturaleza. Por tomar un ejemplo de Spaemann: "no se puede escupir a alguien en la cara y decirle al mismo tiempo que no se le ha querido ofender como persona".[84] El respeto a la dignidad de la persona exige el respeto a su apariencia exterior y, por supuesto, reconocerla en su apariencia exterior, a menudo precaria y deficiente.
Este es el caso de todo ser humano en los momentos iníciales de su existencia, a lo largo de su vida en los momentos de especial debilidad, como la enfermedad y la vejez, y en los momentos que rodean a la muerte. Una apariencia débil constituye una ocasión para probar la calidad y la hondura de nuestro respeto de las personas y, en última instancia la prueba de toque de la justicia.

"*El mejor artesano (...) dio al hombre una forma indeterminada, lo situó en el centro del mundo y le habló así: "Oh, Adán, no te he dado ningún puesto fijo, ni una imagen peculiar, ni un empleo determinado. Tendrás y poseerás por tu decisión y elección propia aquel puesto, aquella imagen y aquellas tareas que tú quieras. A los demás les he prescrito una naturaleza regida por ciertas leyes.*

---

[80] Tomás de Aquino. *Summa Teológica*. p 356.

[81] Kant, Immanuel, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* p 45

[82] Idem p 49

[83] Polo, Leonardo. *Quién es el hombre: un espíritu en el mundo*

[84] Spaemann, R. *Felicidad y Benevolencia*. p 247.

Tú marcarás tu naturaleza según la libertad que te entregue, pues no estás sometido a cauce angosto alguno. Te puse en medio del mundo para que miraras placenteramente a tu alrededor contemplando lo que hay en él. No te hice celeste ni terrestre, ni moral ni inmortal. Tú mismo te has de forjar la forma que prefieras para ti pues eres el árbitro de tu honor, su modelador y diseñador. Con tu decisión puedes rebajarte hasta igualarte con los brutos, y puedes levantarte hasta las cosas divinas".[85]

Pico se mueve más en el terreno práctico de un hacer y un hacerse por el comportamiento.

En Pico, cuando traza como realizable el mejor destino humano si lo maravilloso es en el hombre el poder ser lo que adquiere, su libertad en definitiva, lo grande y la dignidad suya estarán sólo en realizar libremente y por su propia opción el único camino que le hace ser a plenitud hombre.[86]

"La dignidad humana supone como valor básico (Gundwer) fundamentador de los derechos humanos que tienden a explicar y satisfacer las necesidades de la persona en la esfera moral", dice Antonio Enrique Pérez Luño.[87]

"Los derechos humanos parten de un nivel por debajo del cual carecen de sentido: la condición de persona jurídica, o sea desde el reconocimiento de que en el ser humano hay una dignidad que debe ser respetada en todo caso cualquiera que sea el ordenamiento jurídico, político, económico y social, y cuales quiera que sean los valores prevalentes en la colectividad histórica", afirma Ángel Sánchez de la Torre[88] "*La persona humana se concibe así como un ser de eminente dignidad caracterizado por su razón y por su libertad*", comenta Peces-Barba[89] Y añade: "*se trata del derecho a ser considerado como ser humano, como persona, es decir, como ser de eminente dignidad*",[90] los que se compadece con la idea de Legaz y Lacambra: "*hay un derecho absolutamente fundamental para el hombre, base y condición de todos los demás: el derecho a ser reconocido siempre como persona humana*".[91] De ahí fluye su dignidad. Y de la dignidad humana se desprenden todos los derechos, en cuanto son necesarios para que el hombre desarrolle su personalidad integralmente. El "derecho de ser hombre" es el derecho que engloba a todos los demás en el derecho a ser reconocido y a vivir en y con la dignidad propia de la persona humana".[92]

Cada vez que, con una expresión o con otra, se afirma que el hombre tiene derechos por su propia naturaleza, o por el hecho de ser persona, se arguye realmente que los tiene por su dignidad de tal. No importa que Kriele estime que la idea nuclear de los derechos humanos "*que es el valor de la dignidad del hombre*" sea un concepto metafísico. Lachance recuerda que la idea de que el hombre posee, desde que nace, la evidencia racional de su rango y su dignidad procedentes de su intrínseca naturaleza, previamente a todo otorgamiento, es el punto inicial de toda justificación de los derechos humanos.[93] Dice Ardao que en todo momento, cualquiera sea su edad o su normalidad, su grado de dignidad o indignidad moral, el hombre ostenta aquella interior dignidad que le viene no de ser un hombre de dignidad, sino de tener la dignidad de un hombre.

---

85 Pico della Mirándola. Op. Cit

86 Ibidem

87 Pérez Luño, Antonio Enrique, *Derechos humanos y constitucionalismo ante el tercer milenio* p 318

88 Sánchez de la Torre, Ángel. *Teoría y experiencia de los derechos humanos* p 62

89 Peces-Barba Martínez, Gregorio. *Derechos Fundamentales* p 49.

90 Ibidem, p 91.

91 Legaz y Lacambra. *La Noción Jurídica de la Persona Humana y los Derechos del Hombre* p 44

92 La UNESCO publico en 1968, bajo la dirección de Jeanne Hersch, la obra: *La Dignidad del Hombre.*

93 Kriele, Martin. *Liberación e ilustración: defensa de los derechos humanos* p 241.

Bloch dice que aun cuando no hubiera más que una persona en la que respetar la dignidad de la humanidad, también esta dignidad amplia y sustantiva sería ya de por si la quinta esencia del derecho natural. "*Si hubiera existido o existiera un hombre único y solitario, su dignidad sin mengua alguna en lo personal no proyectaría efectos fuera de él mismo ni en el mundo temporal, por la sencilla razón de no haber prójimos ante los cuales hacer valer dicha dignidad*".[94]

Destaca Sánchez de la Torre en los derechos humanos "representa la capacidad de dignidad que el ser humano pueda desarrollar y que esa dignidad se refleja en: la racionalidad humana la superioridad del hombre sobre los otros seres terrenos, y la pura intelectualidad".[95] "*Tal dignidad se despliega en dos dimensiones interconectadas: negativamente, como resguardo a las ofensas que la denigran o la desconocen, y positivamente, como afirmación positiva del desarrollo integral de la personalidad individual*".[96] La dignidad humana en el supuesto de existir un hombre único en el cual la ausencia de "los otros" la relegaría a la intimidad de ese único sin expansiones sociales, políticas y jurídicas. Cuando a la inversa pasamos de la ficción del hombre en soledad unitaria a la convivencia, al hombre en el mundo, como le gustaría decir a Ortega y al existencialismo "*la dignidad humana cobra significado interesante por la situación de la persona en relación con los demás*"[97], como lo supone Maihofer, "*esa misma dignidad, sin perder su núcleo originario en la esfera ontológica del ser racional trasciende al orbe intersubjetivo o de la alteridad con los otros hombres y hasta con los restantes seres mundanales*".[98] "*Es fácil insertar en la idea de dignidad humana las de inviolabilidad personal, libertad personal y autonomía personal*",[99] y de ahí en más trazar un perímetro de resguardo para el hombre como exigencia de su dignidad.

De algún modo, palpita en estas nociones la idea kantiana del hombre como un fin en sí mismo, o del fin personal como propio de cada uno en cuanto la atañe a él. Por eso Kant dirá que nadie puede usar a otro hombre como a un medio, y por eso Ortega en su definición de liberalismo aludirá a la idea de que "*cada hombre debe quedar franco para henchir su individualidad e intransferible destino concepto que compagina con el otro también orteguiano de que la vida la de cada hombre es para él la realidad radical, en cuanto la vida individual radica todo lo demás*". Y es en Kant quien así mismo enseña que nadie me puede obligar a ser feliz a su modo, sino que cada cual puede buscar su felicidad personal como mejor le parezca, siempre que al hacerlo no lesione la libertad ajena.

Y es aquí donde Kant entronca su máxima de que debe obrarse en forma de que mi libertad pueda coexistir con la de cualquier otro según una ley universal.

En las citas efectuadas se rescata la dignidad personal y las secuelas de inviolabilidad, intimidad, autonomía, libertad pero, a la vez la limitación que la convivencia social y "su solidaridad reportan a cada persona por la circunstancia de compartir con otras la sociedad. La esfera de dignidad de cada uno debe entenderse, éticamente, en un mundo de reciprocidad, porque cada quien enviste la suya. No en vano Luis Recaséns Siches trae a colación el mandato bíblico: "*todo lo que quisierais que hiciesen con vosotros, hacedlo vosotros con los demás*" (Evangelio de San Mateo, VII, 12), y "*como queréis que os hagan los hombres, hacedles así también vosotros*" (Evangelio de San Lucas, VI, 31).

---

94 Bloch, Ernest *Derecho natural y dignidad humana* p 212.

95 Sánchez de la Torre, Ángel. Op. Cit p 25.

96 Bloch, Emest Op. Cit. p 212.

97 Ortega y Gasset, José ¿Qué es la filosofía?

98 Pérez Luño. Op. Cit. p 318.

99 Nino, Carlos, *Ética y Derechos Humanos* p 267.

La reivindicación de la dignidad personal anida un subjetivismo ético que no tiene necesariamente tiene que desligarse del objetivismo (ontológico o deontológico), porque, "bien interpretado, aquel subjetivismo sólo significa postular esa dignidad como "suya" de cada hombre (sujeto y portador de ella), y afirmar la racionalidad del conocimiento que cada hombre es capaz de lograr acerca de su propia dignidad y de la de los demás".[100]

Por último para cesar esta somera revisión en torno de la dignidad humana es bueno recordar, que de ella puede considerarse derivada la teoría de los derechos de la personalidad o de los derechos personalísimos, que son aquellos que *"corresponden innatamente a toda persona, desde antes de su nacimiento y hasta su muerte, y que le garantizan el íntegro ejercicio y desenvolvimiento de sus atributos esenciales para así poder desarrollarse plenamente en su humanidad*"[101], que componen un sector dentro del más amplio de los derechos y que José Castán Tobeñas resume como "*derecho a la inviolabilidad de la persona en sus diversas manifestaciones*".[102] En tal sector se sitúan por ejemplo los derechos a la vida a la integridad física y psíquica, al honor a la privacidad, al nombre, a la propia imagen, al estado civil y el propio derecho a la dignidad personal.[103] [104]

Los regímenes tradicional y comunista tienen en alta autoestima la pertenencia y, por ello, proveen de la sustancia de muchos derechos sociales y económicos a todos sus miembros. Los regímenes corporativos y para el desarrollo que ni siquiera garantiza la sustancia de esos derechos, confieren un valor menor al sentido de pertenencia. De modo semejante la inexistencia de derechos económicos y sociales en los regímenes no solo se explica por la falta de un compromiso social con la igualdad, sino también por la bajísima estima en que se tiene la pertenencia.

Sólo cuando se combina la autonomía, la igualdad y una valoración de sentido de pertenencia por lo menos moderadamente alta, como ocurre en el liberalismo, encontramos un compromiso con los derechos económicos y sociales, y no sólo con su sustancia. Sólo si se compromete con la autonomía personal, un régimen protegerá resueltamente los derechos civiles y políticos.

Otros sistemas sociales pueden afirmar que poseen concepciones encontradas sobre los derechos humanos, pero no es así. Se apoyan en visiones rivales de la dignidad humana, las cuales niegan tanto la posición central del individuo en la sociedad política como los derechos (humanos) que tienen hombres y mujeres de presentar y hacer cumplir demandas civiles, políticas, económicas y sociales, iguales e inalienables, contra el estado. Únicamente el liberalismo, entendido como un régimen que se funda en el derecho político a recibir consideración y respeto equitativos, constituye un sistema político basado en los derechos humanos.

---

100 Pérez Luño. Op. Cit. p 145.

101 Los derechos de la personalidad han sido llamados de diverso modo por la doctrina y la legislación comparada. Así, han recibido el nombre de "*iura in persona ipsa*", "derechos en la propia persona", "derechos de la individualidad", "derechos fundamentales", "derechos originarios", "derechos esenciales de la persona", etc. Sin embargo la denominación que ha logrado mayor aceptación, en el derecho privado, ha sido la de "derechos personalísimos", quizás porque la terminología manifiesta con evidente expresividad el vínculo superlativo existente entre esta categoría de derechos y la persona; es decir, si la palabra "personalísimos" tiene algún significado en este contexto, no es sino afirmar que estos derechos son "más personales" que el resto de derechos subjetivos. En nuestra CPEUM se plasman como las garantías individuales.

102 Castán Tobeñas, José. *Los derechos de la personalidad.* pp 17-18.

103 Cupis, Adriano, *El derecho de la persona*

104 Castro y Bravo, Federico de, *Los llamados derechos de la personalidad*

Capítulo 3:

Aspectos relevantes del envejecimiento

Los años vuelan y la vejez te corta las alas

3.1 Reflexión filosófica: el envejecimiento y la dignidad del adulto mayor

Enfrentarse a la verdad de la vejez supone un proceso de adaptación a nuevas circunstancias personales, sociales y naturales que no es fácil asimilar e integrar en la personalidad, por su tono desequilibrante, y la ausencia de una formación humana integral que prepare anticipadamente frente a estos cambios, el individuo sufre una "crisis de identidad" que pone a temblar las capacidades y recursos obtenidos a lo largo de toda la vida.

El problema está precisamente en enfrentarla y no en sufrirla pasivamente o de otra forma, con el fin de llenar de sentido la propia existencia en cada una de sus fases.

Ante la crisis de la ancianidad vemos imprescindible ofrecer recursos que ayuden a mantener la identidad en esta etapa; actitudes, modo de verse a sí mismo que contribuyan a la integración personal-social moldeando el comportamiento y las relaciones con los demás, "tareas existenciales" con las cuales los ancianos se identifiquen y se mantengan; en las que sea posible interpelarles y pueda así conocerse lo que ellos son para sí mismos y para otros. Elementos que surgen de la tensión que las ciencias humanas han puesto al fenómeno de la ancianidad y de la valoración que de ella ha realizado. En fin, recursos que en este momento se convierten en materia prima para elaborar un modelo ético de ancianidad que fundamente la posterior praxis.

La reflexión que sigue tiene, pues, esta intención: descubrir lo peculiar de la vejez en su forma correcta; presentar un modelo de hombre que sabe envejecer bien, aceptando su vejez para comprender su verdadero sentido y hacerla realidad plena y vivificante en defensa de la dignidad inherente al hombre y, muy especialmente, en la etapa donde las diferencias sociales y económicas se hacen más notorias.

La vejez posee un valor auténtico: es culminación o coronación de la vida, por dos sencillas razones:

a) Es la última etapa y, a diferencia de las demás, no le sigue una nueva fase sino con toda seguridad el final de la vida,
b) Es una experiencia que se caracteriza básicamente por un aumento cuantitativo del tiempo de vida, ofreciendo la persona la oportunidad de tener conciencia del valor del tiempo y aprovecharlo al máximo, es decir, la posibilidad de conceder un plus cualitativo a la historia personal que termina.
c) En efecto, la conciencia de este fin, acentuada por las múltiples crisis y pérdidas en el proceso del envejecimiento, deja de ser teoría y se hace presente en la historia personal fijando unos límites determinados por la experiencia de la muerte; pero también ofrece la ocasión de considerar la respuesta en libertad a lo largo de toda la vida y su posible reorientación.

Esta es la propuesta de Alfons Auer al considerar que "*la realidad vital de la persona que envejece se caracteriza básicamente por una historia de la libertad que se aproxima a su fin*"[105]; un final que en lugar de ser esperado pasivamente "*puede y debe ser un cumplimiento sosegado y soberano de las posibilidades vitales que aún pendientes y siempre concebidas de nuevo*"[106], el tiempo de la posibilidad de una definitiva determinación a favor de una actividad plena de sentido.

El ser humano, constituido esencialmente para "vivir en libertad", llena de sentido su existencia cuando, por encima de los condicionamientos temporales, construye responsablemente historia y se

[105] Auer, Alfons *Envejecer bien*
[106] Ibidem

autorealiza en libertad; esta, no es tanto un hacer o dejar de hacer arbitrariamente una cosa determinada sino "la estructura fundamental por la que el sujeto en su trascendentalidad dispone de sí mismo en orden a su realización definitiva". La libertad esencial es autodeterminación a favor de una vida plena, llena de significado, que impulsa las capacidades e integra las debilidades en orden a un crecimiento humano-integral. Una libertad que ha de tomar conciencia de su condición finita en función del tiempo existencial que habrá de culminar con la muerte clínica pero en el continuo despojo de la vida también puede ser reafirmada.

El tiempo de vida, que en la vejez se abrevia considerablemente, lleva al anciano hacia la pregunta por el curso de la vida en su conjunto, por la actitud vital, capaz de transformarse aún en la vejez: con mayor razón en esta etapa, que es la última De este modo, dice A. Auer: "*se amplía el horizonte de sentido más equilibrado y fundamentado, la manera de ver la vida, el gusto por el estilo y la proporción por la ordenación jerárquica y el nivel. Así, no obstante los límites de la edad avanzada, pueden surgir un nuevo estilo de vida que, recapitulando las experiencias significativas de la historia personal, potencie el descubrimiento de sí mismo, la aceptación y, en caso de faltar, una mínima autorrealización. Porque por más viejo que sea, la historia de la libertad no ha terminado*".[107]

Hacer efectiva esta historia se convierte en una urgencia ética en la ancianidad, porque hay que aprovechar el tiempo que aún queda y darle una forma positiva, aprobando la finitud de la vida y optimizando las actitudes éticas que de ahí se derivan. Esto en contra de la aceptación negativa de la vejez que propicia un deterioro de la identidad del anciano y la búsqueda de placeres como el afán de poder, conductas materialistas (las cosas palpables lo son todo: comer y beber, la cuenta en el banco, el sillón cómodo, etc.), la obstinación senil o incluso a la libertad sexual. Conductas que parecerían inadmisibles para el anciano y por ello son descalificadas y negadas al anciano promedio.

Todo lo contrario, nos imaginamos a un anciano que, educado en el amor a lo finito, integra libre y responsablemente el despojo que sufre en la totalidad de su historia, para darle a esta un sentido vivificante tanto a nivel individual como social.

La experiencia de la finitud, concretiza en el hecho de la proximidad de la muerte y el acto de la culminación de la historia de la libertad personal, nos muestra la identidad específica de la vejez y un camino ideal para aceptarla y vivirla con sentido. Este sentido personal no estaría completo sin una referencia explícita al *"ethos* comunitario" que es enriquecido también por la experiencia de los ancianos. Veamos a continuación la dignidad de la persona y otros valores fundamentados, que vinculados profundamente a la vida social, contribuyen a establecer un nuevo estilo de vida en la ancianidad.

El hombre, antes de ejecutar un acto tiene que considerar la realidad y tiene la posibilidad de hacer intervenir la inteligencia y la libertad. El hombre tiene que hacer el ajustamiento, tiene que *iustum faceré,* es decir, tienen que justificar sus actos. Por lo tanto, las acciones, buenas o malas para ser verdaderamente humanas, tiene que justificarse, tiene que realizarse por algo y en vistas a algo.

Así pues, el hombre es un ser ético y la eticidad es una dimensión constitutiva del comportamiento humano. La persona desarrolla una actividad ética cuando sus actos provienen de sus facultades específicas: la inteligencia y la voluntad. Sobre esta dimensión moral estructural, se construye el contenido moral. La vida del hombre no está predeterminada. La conduce él mismo. Esto se lo exigen sus mismas condiciones biopsicológicas. Por su naturaleza, el hombre es libre. Es capaz de

[107] Ibidem

responder a las situaciones e instancias que le interpelan. Por ello, es responsable. No es un simple dato; su existencia se comprende, más bien, como tarea y compromiso. Y, puesto que al hombre no le está dado por naturaleza el ajustamiento a la realidad, sino que tiene que hacerlo por sí mismo, cobra sentido demandarle que lo que haga de acuerdo con determinadas normas.

A lo largo de su existencia el hombre se hace a sí mismo. Sus acciones manifiestan en cada momento las preferencias por las que se decide en orden a su realización personal. El sentido moral de la existencia humana estriba precisamente en esa capacidad propia de la persona de conducir y construir su vida; su capacidad de sentido, dirección y liberación progresiva.

Todo esto nos orienta a fundamentar el compromiso y reflexión moral sobre el valor de la persona humana. La persona, en efecto, constituye el lugar ético por antonomasia. Es la fuente y el principio de la moralidad: *"lo que nosotros consideramos como vigencia absoluta e incondicional de los valores morales se basa fundamentalmente en el valor absoluto y en la dignidad absoluta de la persona espiritual y libre"* dice Karl Rahner.[108]

La misma consideración humana de la condición de la persona conduce a la percepción de su valor y al reconocimiento de su dignidad. Por ello, para explicar su dimensión ética partimos de la reflexión racional y filosófica que manifiesta con claridad el valor absoluto y la dignidad de la persona.

Frente a los planteamientos "naturalistas" o "utilitaristas", la fundamentación más rigurosa de la filosofía moderna piensa desde Kant, encontrar en la índole personal de cada sujeto la llamada del valor absoluto. En cuanto a seres absolutamente valiosos, las personas fundamentan la construcción del edificio moral. "*Hay moral, precisamente porque hay seres que gozan de ese tipo de valor*".[109] La argumentación de Kant sobre el valor incondicional y absoluto de las personas es clara y contundente.

Pero suponiendo que haya algo cuya existencia en sí misma tenga un valor absoluto, algo que pueda ser el fundamento para determinadas leyes como fin en sí mismo, entonces en ello y solamente en ello estaría el fundamento de un posible imperativo categórico, es decir, de una ley práctica. "*El ser humano y en general todo ser racional existe como fin en sí mismo, no meramente como medio para uso caprichoso de esta o aquella voluntad, sino que debe ser considerado siempre al mismo tiempo como fin en todas las acciones; tanto las dirigidas hacia sí mismo como hacia otro ser racional*".[110] Los seres cuya existencia no depende de nuestra voluntad, sino de la naturaleza, tienen solo un valor relativo cuando se trata de seres irracionales, y por esto se llaman cosas; pero los seres racionales se denominan personas, porque su naturaleza ya lo señala como fines en sí mismos, es decir, como algo que no puede ser usado meramente como medio.

Así pues, según la explicación kantiana "*todo el fundamento moral radica en el valor Absoluto de la persona*"[111]. Su valor reside en sí misma no en otras realidades, por eso, precisamente, es absolutamente valiosa y aquí radica la obligación moral de respetarla. Si todo fuera un medio para satisfacer necesidades o deseos, no existiría la obligación moral, la capacidad de poder servir de fundamento moral no corresponde a cualquier ser, el valor fundamental es aquel que es digno de ser buscado por sí mismo. La persona posee esta capacidad, porque no es una cosa o un objeto, y no puede ser reducida a simple medio irreductible a las cosas e inobjetable, es fin en sí misma, aunque

---

[108] Feito, L, La nueva alianza de las ciencias y la filosofía p 35

[109] Kant, Immanuel. *Crítica de la razón práctica* p 127.

[110] Kant, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres* p 39

[111] Bello, Gabriel, *La construcción de la alteridad en Kant y Levinas*

no el final de sí misma, como advierte C. Díaz, "*pues queda abierta a lo que la funda y trasciende*"[112]. Por ello, siempre ha de ser reconocida como personas; principio, como veremos, que implica graves consecuencias en las conflictivas cuestiones de la bioética y que ha de estar presente también en el planteamiento de la moral sexual. Ser persona expresa la calidad y dignidad del ser humano.

En virtud del valor absoluto e interno de las personas, se les reconoce dignidad que fundamenta tanto la consideración y respeto que las personas merecen, como el reconocimiento de los derechos humanos. Kant explica la idea de dignidad de cada persona comparándola con la idea de precio, que rige el intercambio de mercancías: en el reino de los fines todo tiene o bien un precio o bien una dignidad. Lo que tiene precio puede ser reemplazado por alguna otra cosa equivalente; por el contrario lo que se eleva sobre todo precio y no admite ningún equivalente tiene una dignidad. Cuando se refiere a las inclinaciones y necesidades humanas tiene un precio de mercado, lo que sin suponer una necesidad se adecúa a cierto gusto, a un bienestar basado en el juego sin propósito de nuestras facultades anímicas, tiene un precio de afecto; pero lo que constituye la condición única bajo la cual algo puede ser fin en sí mismo no tiene meramente un valor relativo, o sea, un precio, sino que tiene un valor intrínseco, es decir, dignidad. La moralidad es la condición bajo la cual un ser racional puede ser fin en sí mismo, porque sólo por ella es posible ser miembro legislador en el reino de los fines. Así pues, la moralidad, y la humanidad en tanto sea capaz de ella, es lo único que posee dignidad.[113]

Comportarse moralmente implica, ante todo, evitar toda instrumentalización de las personas, precisamente porque no son medio sino fines en sí mismas y, por tanto, no tienen precio sino dignidad. Como observa Adela Cortina, esta es la afirmación central de personalismo, que, aun expresándose en formas diversas, permite llegar a múltiples consecuencias, por ejemplo, respecto a la eutanasia o a la reproducción médicamente asistida. El reconocimiento de la dignidad de la persona y de su valor interno constituye necesariamente un paradigma de valoración moral. Hoy existe una amplia convergencia tanto en el reconocimiento de la grandeza y dignidad de la persona como de la importancia de esta categoría para expresar su dimensión ética.[114]

A través de esta reflexión, trataremos de fundamentar el principio de que el ser humano se nos impone como lo más valioso de lo existente y, en consecuencia, la ética ordena la obligación moral de que toda persona tenga, en igualdad de oportunidades con los demás, la posibilidad de alcanzar su realización plena conforme a su dignidad. De ahí surge la necesidad de transformar la realidad social de acuerdo a estas exigencias: que todos los seres humanos puedan vivir en armonía con su dignidad.

Sin embargo, a esto se oponen serios problemas que impiden ese objetivo, y provocan lo contrario, lo racional: diferentes situaciones de anulación de la persona.

Los mismos seres humanos, los poderosos, los que ocupan un lugar de privilegio, oprimen, enajenan, anulan y excluyen a la mayoría de sus congéneres impidiéndoles su realización como personas. Usan para ello diferentes medios.

Se considera de alguna manera que envejecer es el destino de todos los seres vivos. Está inscrito en el programa genético a manera de un complejo y progresivo cambio de los mismos genes, aparece

---

112 Instituto internacional de teología a distancia, *10 palabras claves en Ética*

113 Kant, Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres* p 40

114 Cortina, Adela, *Ética mínima: Introducción a la filosofía práctica* p 176

en la realidad de la vida de los hombres y mujeres que han pasado los sesenta años de edad y que a medida que avanza la vejez estará con ello más próxima la muerte.
La vida es en sí, el proceso de envejecer, y mientras el individuo vive, cada día se da cuenta de ello, cuenta con mayor evidencia del envejecimiento. Esto es, que se hace viejo. La vejez se va expresando en tiempos definidos para cada especia biológica. Con rapidez, las células se multiplican, el individuo crece, se desarrolla cubriendo etapas amplias en lapsos breves; cada órgano o segmento corporal aparece o desaparece en tiempos precisos. Se alcanza la madurez y con ella la aptitud para la reproducción; a partir de ahí, vienen cambios, estos más lentos o más largos procesos de involución que llamamos envejecimiento, caracterizado por un decaimiento gradual de las funciones corporales hasta llegar al momento en que cesan las funciones indispensables para la sobrevivencia del individuo.

En el transcurso de la vida, cada uno de los genes se enciende y se apaga en tiempos definidos. En algunos individuos, sea por factores genéticos, o por interacciones desafortunadas con el medio ambiental, no lo logran. La medicina es la historia de esos trastornos. Algunos individuos nacen con incapacidad para expresar algunos genes o la expresión incorrecta y mueren tempranamente. Otros, son destruidos por el ataque de agentes ambientales o de otros seres vivos como en el caso de las enfermedades infecciosas, pero aun cuando no haya ninguna interferencia externa los días de la vida está contados para todas las especies. Entre un unicelular, cuya vida entera está cifrada en minutos, hasta un árbol, que puede vivir varios siglos, la tendencia es siempre la misma de la juventud hacia la vejez.

La caracterización de la vejez entonces es un concepto relativo; para una bacteria cuyo ciclo vital dura unos minutos y una tortuga que vive más de un siglo, su envejecimiento se desenvuelve en coordenadas temporales muy distintas. Aún en el mismo individuo, coexisten diferentes expresiones de envejecimiento; en los seres multicelulares, la vida del individuo es el resultado de una compleja sucesión de las vidas particulares de las células que lo constituyen. Durante el desarrollo corporal hay verdaderos cataclismos, en los que órganos enteros desaparecen, así ocurre, por ejemplo, en los humanos, con la cola, que está presente en el embrión y se reabsorbe después, ello significa la muerte de muchos millones de células, y lo mismo ocurre con el timo en el adulto. Algunas células en el humano adulto, como las epiteliales o los fagocitos viven sólo unos días; otras, como las neuronas sobreviven tanto como el propio individuo. Todos los días de la vida de un ser multicelular nacen y mueren muchas de sus células. La muerte celular programada ocurre en silencio.

El hombre es la única especie que no solo envejece, sino que, además, tiene conciencia de ello, ya que el vigor físico suele apagarse antes que el intelectual, el viejo es agudamente consciente de sus limitaciones corporales y en ocasiones les confiere una exagerada gravedad. Así, no hay etapa de la vida humana que provoque mayor ambivalencia que la vejez. Deseamos una vida larga y rica en experiencia, pero tenemos al tramo final del camino, marcado por el decaimiento físico y mental y por el rechazo social. En las etapas tempranas de la vida entre la infancia y la madurez es impulsado por la expectativa, en ocasiones ansiosas del vigor y poder creciente al paso de la edad. El niño anhela llegar a la pubertad, y el adolescente, quiere ser adulto lo más pronto posible, pero éste ya difícilmente se resigna a la mengua gradual de las facultades, y menos acepta que cada día vivido es uno menos que le resta, en una reserva de calidad cada vez menor.

Sin embargo, también es verdad que el temor a la muerte hace que veamos como un mal menor las limitaciones que nos impone la vejez. Sabernos que es un alto precio por conservar la vida y lo aceptamos, pero en los últimos tiempos estamos menos dispuestos a pagarlo. Conforme la ciencia y la tecnología acrecientan el poder del hombre sobre la naturaleza, crece también la demanda de que se eviten los estragos de la vejez, y si ello fuera posible, la vejez misma. Quisiéramos, en cualquier

etapa del camino, poseer la riqueza en experiencia de una vida bien aprovechada, pero también tener un horizonte abierto, un futuro siempre promisorio. Queremos una larga vida, pero toda de calidad excelente.

Desde luego, no es una aspiración reciente; en todas las culturas, el envejecimiento ha sido motivo de temor y ansiedad. En antiguas filosofías y en muchas religiones, la angustia ante la muerte es atemperada por la promesa de la resurrección; Orfeo logró rescatar del Hades (o Tártaro) a Eurídice[115], y ante la evidencia del envejecimiento corporal, la religión postula la inmortalidad del alma, implícitamente joven por toda la eternidad.

El envejecimiento carece de significado en la evolución biológica; en tanto que la invalidez del recién nacido ha dado margen a patrones conductuales en muchas especies que tienden a proteger a las crías vulnerables, el cuidado de la fragilidad del individuo que ya dejó de ser fértil no ha sido motivo de ningún desarrollo filogenético de consideración. De hecho, la senectud es un fenómeno esencialmente humano; cuando en la naturaleza se inicia el decaimiento físico en un animal, se reducen sus posibilidades de mantenerse en la diaria competencia por sobrevivir. No hay misericordia para el débil. La especie humana será la única en la historia de la vida en este planeta que desarrolle, en la evolución cultura, sistemas de protección a la invalidez del individuo.
Por otra parte, no todo es pérdida con la edad, y en muchas sociedades se ha dado especial valor a la experiencia, haciendo de la ancianidad un sinónimo de sabiduría.

La medicina ocupa un lugar central en el estudio de la vejez y en su adecuado manejo. Por una parte es una buena medicina causante del aumento en el número de viejos, a lograr éxitos fundamentales para combatir las causas de muerte a edades tempranas. Las vacunas, las medidas de asepsia e higiene, el mejor conocimiento de los padecimientos de la infancia y la juventud han permitido prolongar la esperanza de vida, que en Europa en 1800 era apenas de 35.5 años; hacia principios del Siglo XX, había alcanzado ya los 50 años; hoy, se acerca a los 80 y, en su mensaje al Congreso de Estados Unidos en 1998, el Presidente Clinton destacó la factibilidad de que un niño nacido en ese año alcanzará a ver el Siglo XXII. En México, la dilatación de la esperanza de vida ha sido también espectacular, desde 1910, 27.4 años hasta rebasar ya el promedio de los 74. Las expectativas sugieren que estamos acercándonos al límite natural de vida de nuestra especie, y aún ese nivel está elevándose; el máximo de longevidad documentada es cada vez mayor. El grupo de sexagenarios es el que más está aumentando en la población mundial y se prevé de que a mediados de este Siglo XXI, la pirámide poblacional se habrá adelgazado en la base tanto que el número de ancianos será mayor que el de recién nacidos la cantidad de seres humanos que rebasan el siglo de edad, está en aumento a un punto tal que ya hay programas internacionales de estudio de cohortes integradas por individuos centenarios. Con estos cambios el perfil demográfico, se han producido también importantes transformaciones en la actitud hacia la edad. En tiempos antiguos, se era necesariamente viejo al llegar a la cuarentena, considerada como el umbral cronológico para hacer filosofía, ya que se apagaban para entonces los fulgores de la sensualidad, mientras quedaba íntegra la capacidad de ideación. A los sesenta años se iniciaba la senilidad, con pérdida de atributos

[115] La historia más conocida sobre Orfeo es la que se refiere a su esposa Eurídice que a veces es conocida como Agriope. Algunas versiones cuentan que mientras huía de Aristeo, u otras que mientras paseaba con Orfeo, fue mordida por una serpiente y murió. En las orillas del río Estrimón Orfeo se lamentaba amargamente por la pérdida de Eurídice. Consternado, Orfeo tocó canciones tan tristes y cantó tan lastimeramente, que todas las ninfas y dioses lloraron y le aconsejaron que descendiera al inframundo (catábasis). Camino de las profundidades del inframundo, tuvo que sortear muchos peligros, para los cuales usó su música, ablandó el corazón de los demonios, e hizo llorar a los tormentos (por primera y única vez). Llegado el momento, con su música ablandó también el corazón de Hades y Perséfone, los cuales permitieron a Eurídice retornar con él a la tierra; pero sólo bajo la condición de que debía caminar delante de ella, y que no debía mirar hacia atrás hasta que ambos hubieran alcanzado el mundo superior y los rayos de sol bañasen a Eurídice. A pesar de sus ansias, Orfeo no volvió la cabeza en todo el trayecto, incluso cuando pasaban junto a algún peligro o demonio, no se volvía para asegurarse de que Eurídice estuviera bien. Llegaron finalmente a la superficie y, por la desesperación, Orfeo volvió la cabeza para verla; pero ella todavía no había sido completamente bañada por el sol, todavía tenía un pie en el camino al inframundo: Eurídice se desvaneció en el aire, y ahora para siempre. Esta historia procede del tiempo de Virgilio, que fue el que introdujo el nombre de Aristeo. Sin embargo, otros autores también hablan de la visita de Orfeo al submundo; de acuerdo con Platón los dioses del infierno sólo le "presentaron una aparición" de Eurídice. También según Platón, los dioses no le entregaron a su amante, porque les parecía que se mostraba cobarde, como buen citaredo, y no tuvo el arrojo de morir por amor, sino que busco el medio de penetrar con vida en el Hades.

mentales. Así, Montaigne, hace cuatro siglos, refiere melancólicamente *"pronto habré pasado mi cumpleaños número 56, edad que algunas naciones no sin razón, fijaron como límite adecuado de vida, sin permitir a nadie excederlo"*.[116] Hoy, en algunas actividades, a los 40 años se está apenas al comienzo de una vida profesional especializada y del establecimiento de una familia, y a los sesenta, se mantiene la actividad intelectual sin detrimento.

Por otra parte, vivimos bajo el signo de la renovación, la capacidad de cambio es condición de supervivencia, y nuestra sociedad industrializada actual gratifica aquellos valores como la competitividad y la agresividad, más propia de la juventud. La memoria de los acontecimientos remotos o la ecuanimidad en el juicio, facultades de los ancianos, ya no son bienes necesarios. La información se almacena en sistemas impresos o automáticos y la rapidez es más apreciada que la ponderación en la toma de decisiones. El *homo faber* ha desplazado al *homo sapiens.* El acceso expedito a la información ha marginado el papel de la memoria en los ancianos. El espacio de acción del anciano se reduce en la sociedad moderna. La pérdida del núcleo familiar, propio de los países industrializados actuales ha devaluado una de las grandes funciones de los abuelos tradicionales como padres suplentes. Hoy el anciano transcurre sus últimos días en la soledad de un asilo mientras sus nietos se descarrían por falta de atención hogareña.

A finales del decenio de los sesenta surgió con vigor la tendencia caracterizada por Isaiah Berlin como la paidocracia[117], dominada por la aceptación de los valores y aún de las actividades y hasta de los atuendos de los jóvenes como normas para los viejos. Sin embargo, es innegable que en toda comunidad hay lugar para jóvenes y viejos. Además, la edad no ha sido impedimento para la continuidad de una vida creativa.

Es una visión muy curiosa. La vejez no existió en las épocas tempranas de la humanidad, cuando el cavernícola dependía sólo de su aptitud física para sobrevivir, su tránsito por la vejez era tan breve como la de los otros animales con quien competía por sobrevivir. Con la civilización se hizo posible la supervivencia en condiciones de desventaja corporal y mental y se incrementó el número de ancianos a los límites actuales y para los próximos decenios, podemos imaginar un futuro sin ancianos decrépitos, poblado por viejos en pleno goce de muchas de sus facultades y aptos para la competencia en un ambiente cultural y tecnológicamente favorable para recibir sus contribuciones. Desde luego, es sólo un escenario posible pero no es descabellado en vista de los actuales desarrollos.

La evolución social, al igual que la biológica, oscila entre la innovación y la conservación, la valoración de lo novedoso y la elección de lo que habrá que renovar requieren de experiencia y prudencia. El dilema del progreso es la asimilación de lo nuevo y conveniente, conservando lo mejor de lo ya existente. La búsqueda del equilibrio entre estas dos tendencias determina el éxito, un conjunto; tan destructivo es el rechazo al cambio como la permanente inestabilidad.

Pese a estas consideraciones, uno de los grandes problemas sociales de nuestro tiempo es que no sabemos cómo aprovechar las capacidades del sector etario que más está aumentando. No hay planes adecuados para asimilar una población de retirados que podrá superar en número a los de los económicamente activos que habrá de generar los recursos para mantener las pensiones de retiro. El problema se hace particularmente grave si se considera que con la edad aumenta la vulnerabilidad del organismo a las enfermedades. Según las estadísticas disponibles, el número de días de trabajo perdidos por enfermedad es más del doble entre los individuos de más de sesenta años que entre los

---

116 Aréchiga, Hugo, Cereijido, Marcelino. *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas Aprender a aprender* p 4

117 Paidocracia es una contracción de la palabra paideia y democracia. Los griegos denotaban con la palabra paideia la capacidad de comunicación activa para unos y de recepción también dinámica y activa por parte de otros. La palabra paideia también significaba niño en griego. En este caso es usada como la forma en que los jóvenes (niños) definen los valores y gestiones de la sociedad incluyendo a los ancianos.

de veinte años. El aumento de la longevidad está causando modificaciones importantes en nuestra estimación del valor de la vida. El espectro que más aterra al anciano es pasar sus últimas días víctima de una enfermedad crónica, incapacitante y dolorosa de costosa atención médica que destruya cualquier patrimonio que le restara y aún el de sus familiares.

Una consecuencia de esta angustia actual por encontrar la forma de pasar la vejez de la mejor manera posible consiste en conocerla a fondo. Si la ciencia no nos ha entregado hasta ahora el elixir de la eterna juventud, es, entre otras razones, porque no acertamos a saber qué es el envejecimiento. Ha sido mucho más tema de artistas, teólogos y filósofos que de científicos. Extrañamente, la vejez nunca fue tema importante en la Biología y en la Medicina; en tanto, que la Embriología y la Biología del Desarrollo son conocidas desde Aristóteles, la caracterización biológica y médica de la vejez apenas está por hacerse. Así como la pediatría tiene más de un siglo de establecida, la geriatría es una disciplina reciente. En un país como México en el que la expectativa de vida es ya de 74 años, mientras hay varias decenas de cursos para preparar médicos especialistas en pediatría con millares de alumnos, sólo hay unas decenas de egresados en el único curso de Geriatría.

Han abundado las explicaciones para el envejecimiento, sin que tengamos aun hoy ninguna que satisfaga íntegramente. Se ha hablado de la acumulación a lo largo de la vida, de sustancias tóxicas procedentes del propio organismo, del efecto gradual de micro lesiones que se van sumando hasta inducir las grandes manifestaciones de generación orgánica que caracteriza a la vejez. Ya ha quedado descartado el que la vejez sea una enfermedad o que sea consecuencia de las que han afectado al individuo. Conforme se van eliminando las causas externas de muerte, la expectativa de vida disminuye a medida que se avanza en edad hasta aproximarse a lo que parece ser el límite natural de la vida en nuestra especie. En las sociedades primitivas, la mortalidad infantil y juvenil es dominante; son pocos los individuos que llegan a la vejez, en cambio, con la civilización, cada vez son más los individuos que alcanzan ese límite natural. Sin embargo, como dijimos aún este concepto está en debate. Pero, ¿qué es el envejecimiento?, ¿es un fenómeno propio de órganos y sistemas?, ¿envejecen las células del cuerpo? Incluso cuando las manifestaciones más evidentes del envejecimiento son macroscópicas y por simple observación podemos distinguir a un individuo joven de uno viejo, y un patólogo puede estimar la edad de individuo viendo el aspecto de cualquiera de sus órganos, también parece cierto que el envejecimiento afecta a cada célula del cuerpo, cuya capacidad de reproducirse en cultivo disminuye conforme más veces lo hace, como si hubiera un límite al número de ciclos celulares que puede generar.

Con el propósito de presentar el fenómeno del envejecimiento en sus distintas vertientes,

a) la individual, describiendo cuales son los cambios biológicos, psíquicos y clínicos consecutivos al envejecimiento. Cuáles son los procesos biológicos que hacen que envejezcamos;
b) la poblacional, analizando cuál es la importancia de la vejez en el contexto demográfico y de los trastornos de salud que se le asocian en la perspectiva de la salud pública.

Esto ha generado un verdadero dilema, el cual radica en los siguientes cuestionamientos: ¿qué ventajas da al proyecto de longevidad, si la misma sociedad se encarga de marginar a los ancianos?, ¿en el momento actual el adulto mayor puede vivir con dignidad gracias al apoyo que le brinda la sociedad y por la atención médica que recibe?, ¿resulta ético prolongar la vida del hombre ante la amenaza de desconocer al anciano como persona humana?

Considero que es conveniente recapacitar sobre el estatus de los adultos mayores para reintegrarlos a su calidad real de personas humanas; por lo que esta tesis tiene la intención de desencadenar un proceso reflexivo destinado a replantear la situación de los viejos como ciudadanos en igualdad de circunstancias a los adultos en "edad productiva".

El anciano como persona humana tiene una tarea que cumplir en la sociedad; y partiendo del hecho de que el adulto mayor en su sanidad es productivo, los derechos que fortalezcan su integridad psicológica, social y trascendente, lo reintegrarán a su rol social, situación que hará que mejore su calidad de vida, a través de la convergencia de la ciencia, la ética y el derecho.

3.2 Aspectos biológicos del envejecimiento

La posición irreductible en que desde la Grecia antigua se viene moviendo el pensamiento antropológico: por un lado, el monismo materialista, según el cual el hombre no es más que materia, entendida científicamente según los principios y los métodos de la física y la química; por otro, el dualismo en sus diversas etapas históricas, la platónica, la aristotélico-tomista y la cartesiana, según la cual la realidad propia del hombre es el resultado de actuar conjunta y unitariamente dos modos de lo real: la materia, entendida conforme lo que la ciencia enseñaba en cada una de las tres situaciones históricas, la platónica, la aristotélica, más tarde, aristotélico-tomista y la cartesiana, y el espíritu concebido como constancia no material y como principio animador y ordenador dinámico de las actividades más propiamente humanas, la inteligencia y la libertad. Dos puntos de crítica: el monismo materialista, impide entender satisfactoriamente la actividad intelectiva del hombre y su libertad, y en el dualismo materia-espíritu hace imposible una comprensión satisfactoria de la acción inmediata del espíritu sobre el cuerpo en los actos humanos materiales, el movimiento voluntario (acción directa del espíritu humano sobre la materia corporal), y el acto ubre (acción directa de la materia corporal sobre el espíritu, en actos humanos sensitivos de diversa índole). Tal ha sido la razón principal por la que dos de los grandes filósofos de nuestro siglo, Scheler y Ortega no pudieron aceptar la realidad del espíritu humano.

El hombre envejece en tanto que cuerpo vive. Pero el papel del cuerpo en la realidad y la actividad de la especie humana es entendido según dos ideas contrapuestas: la de la antropología unitaria materialista y la de la antropología dualista, bien en su forma cartesiana, bien en la versión escolástica de la aristotélica.

Según el materialismo antropológico, sólo a la materia afectan, y conforme a las ciencias de la materia deben ser entendidas las cuatro notas esenciales que Streller atribuye al proceso de envejecer: este es a la vez deletéreo, progresivo, intrínseco (esto es, sólo independiente de sí mismo) y universal. Pero ¿puede reducirse la realidad sintomática del envejecimiento, de la cual son parte esencial las alteraciones psicológicas, a lo que de ella puede decir una biología puramente físico-químico? Ni siquiera considerados en su integridad psicológica, los bien conocidos fallos de la memoria; lo cual, claro está, no quiere decir que los olvidos de la vejez no haya alteración del cuerpo, y más precisamente del cerebro.

El agente inmediato de cualquier acto humano del hombre es, por supuesto, la estructura dinámica del cerebro del sujeto; por tanto, lo que con su trabajo experimental y su esfuerzo mental está consiguiendo desde hace decenas de años el empeñado estudio de los neurofisiólogos, pero no podríamos entender adecuadamente el último sujeto de los actos mentales sino viésemos la actividad del cerebro como resultado de un "dar de sí" del dinamismo cósmico el correspondiente al nivel estructural de la especie viviente de que procede, en este caso, la humana. Con esta radicalidad habrá que pensar y explicar el envejecimiento del hombre para entenderlo como ser humano, comenzando por los componentes más estrictamente orgánicos de la vejez humana.

Como hemos visto, el envejecimiento es un proceso que no responde a una sola causa, sino el resultado de una compleja asociación de interacciones estructurales y funcionales entre lo biológico, lo mental y lo socio-ambiental, es decir, entre lo genético y lo social ya adquirido. Hacia el término de la existencia del ser humano, se manifiestan cambios en el organismo tales como: disminución

de la capacidad de adaptación; menor capacidad inmunológica contra infecciones; menor capacidad defensiva contra los riesgos extraños al organismo vivo, y disminución progresiva en la capacidad de recuperación en el caso de una agresión del entorno.

En el denominador común de los fenómenos que se presentan en el proceso de senectud es la disminución progresiva del número de células en los tejidos, particularmente en el nervioso y en el muscular, una vez terminado el periodo del crecimiento y del desarrollo del organismo. Ello implica una disminución funcional general que afecta a todo el organismo en forma diferenciada y no homogénea.

El envejecimiento no se presenta en forma homogénea en la especie humana, sino que es diferente para cada individuo; aun cuando el envejecimiento humano tiene características generales comunes, existen grandes variaciones en que se presenta en cada persona. Esta situación se debe a que el fenómeno es, al mismo tiempo, individual y social. Para una misma función fisiológica o para una misma actividad intelectual, se observan grandes diferencias individuales en cuanto a la edad a la que aparecen los signos de envejecimiento.

Para explicar estas variaciones hay razones, como quedó anotado, de orden genético, individual, ecológico y social. Los factores ecológicos y sociales son particularmente relevantes en estas variaciones: de una manera general, toda condición de vida que provoca la falta de utilización de una función o actitud acelera la declinación de ellas. Por otro lado, hay problemas ecológicos, imputables a la influencia del hombre sobre el ambiente, que son ya tan considerables que están afectando toda la vida en la tierra y se constituyen en un factor importante en la limitación de la vida humana.

El envejecimiento no concierne sólo al periodo de la senectud, como se ha establecido (actualmente 65 años y más), sino que se inicia tempranamente cuando el organismo alcanza el periodo de madurez, con el desarrollo completo hacia los 25 a 30 años. Estos valores están relacionados con los riesgos que las sociedades humanas crean. La mayoría de estos se relacionan con daños biológicos y con factores de orden económico o social, por exceso o carencia de satisfactores en las sociedades. Existen también factores de riesgo relacionados con la personalidad del individuo, sus hábitos de vida, idiosincrasia, etc. que también modifican el proceso biológico de envejecimiento.

El mantenimiento de una vida activa tanto en el deporte como en el cultivo intelectual o en las tareas manuales, puede retardar la aparición de la vejez, pero esto no es fácil de probar en forma general. A esto se añade el aumento de la incidencia de ciertas enfermedades después de los 40 años, favorecidas por la declinación funcional y el descenso de la eficacia del sistema de defensa del organismo, lo que hace más difícil diferenciar qué signos y síntomas corresponden al envejecimiento normal y cual se deben a los agentes patológicos.

En relación con el envejecimiento de los seres humanos y con sus implicaciones médicas en las sociedades actuales, hay que tomar en cuenta 3 puntos importantes:

1. La distinción entre el envejecimiento normal o natural y d afectado por la enfermedad.
2. El periodo en el que empiezan a manifestarse los signos anatómicos y funcionales del envejecimiento biológico y psíquico, su intensidad, su precocidad y la velocidad con que evolucionan.
3. El papel de los factores del riesgo del medio en procesos del envejecimiento.

El concepto epidemiológico del envejecimiento individual humano podría ser representado en la siguiente forma:

1. Envejecimiento demográfico o poblacional: proceso permanente y colectivo que corresponde a la dinámica de los diversos grupos humanos, y que se refleja en la esperanza de vida.
2. Envejecimiento individual del organismo humano: proceso anatómico (molecular, celular, histológico y orgánico), funcional y psíquico por declinación de capacidades normales en los individuos, que se traduce en manifestaciones clínicas.

Al envejecimiento individual contribuyen factores de 2 tipos:

a) Endógenos: genéticamente programados.
b) Exógenos: provenientes del ambiente externo, ecológico y social, entre los que más influyen se cita a la pobreza.

El envejecimiento afecta profundamente la vida social de las personas. Asociada a la actividad, el retiro de trabajo, el aislamiento social y familiar del individuo conducen a la senectud
El promedio de esperanzas de vida de la población está ligado a las condiciones de los individuos que nacen, los niños tienen cada vez más posibilidades de llegar a ser adultos y ancianos, ello se asocia a la existencia de sistemas preventivos y curativos de gran eficacia para toda la población. Es decir, el envejecimiento de la población no se debe sólo a que los viejos se mueren cada vez más viejos, sino que la sociedad va aumentando el porcentaje de viejos porque disminuye la mortalidad infantil, sobre todo, en los primeros cinco años.

La longevidad responde a otra dinámica que no se debe confundir con la del envejecimiento demográfico de la población. En el envejecimiento individual hay que diferenciar entre el verdadero envejecimiento y el influido por el medio, de aquí que cuando aparecen inadaptaciones psicosociales, hay procesos de aceleración del envejecimiento que la sociedad agrava; por ejemplo, cuando establece arbitrariamente que en una población los individuos que lleguen a los 65 años deben jubilarse, suponiéndose que están incapacitados física y mentalmente.

Los efectos visibles del envejecimiento. Hay varias señales que para cualquier persona son perceptibles y que le anuncian la llegada de la etapa del adulto mayor: el adelgazamiento y pérdida de la elasticidad de la piel, con la consiguiente aparición de arrugas además de la presencia frecuente de moretones debidos a la fragilidad de los vasos sanguíneos superficiales; estos procesos se aceleran por la exposición al sol y el consumo de tabaco, la disminución de las masas musculares y la pérdida de fuerza consecutiva, por la falta de ejercicio y la desnutrición, muchas veces debido a la falta de dientes precipita la aceleración del envejecimiento.

La dificultad para mover las articulares de la cadera, rodilla, dedos, etc. se debe al deterioro por la constantes presión que se ejerce en sus superficies articulares; es bien conocido el adelgazamiento de los cartílagos intervertebrales, que produce una disminución notable de la estatura. Igualmente la inflamación y deformidad de diversas articulaciones que producen incapacidad parcial y los golpes en las articulaciones son compañeros inseparables de la aparición de la vejez; además, la ingestión de alimentos cuyo metabolismo deja como residuo final al ácido úrico y la obesidad hace más patentes estas molestias.

Hay disminución de la agudeza visual por pérdida de neuronas y por el endurecimiento *y* opacidad del cristalino; esto es lo que se conoce como presbicia. El proceso de la hipoacusia, o la disminución de la función auditiva se aceleran por la esclerosis del oído medio e interno y habitar o trabajar en ambientes ruidosos

En lo referente al corazón la falta deficiencia en el bombeo que realiza este órgano hace el ejercicio más dificultoso lo que se puede manifestar en la marcha o al subir escaleras, e incluso, se limitan los

movimientos requeridos para realizar actividades de la vida diaria. El alcohol, el tabaco y los malos hábitos alimentarios empeoran estas dificultades.

Las arterias, en general, se endurecen por procesos de precipitación de sales de calcio en las placas de colesterol que se forman en la luz de estos vasos con todo un cortejo de síntomas y riesgos de ruptura de una arteria con todas sus consecuencias para los órganos afectados: sistema nervioso, ojos, pulmones, etc. En lo que se refiere a los pulmones, éstos disminuyen su elasticidad por esclerosis de su tejido esponjoso, así como el de los bronquios; a veces coexisten la bronquitis, la sinusitis y la rinitis crónicas que empeoran con el tabaquismo, la contaminación atmosférica y el ejercicio insuficiente.

El hígado pierde capacidad de filtrar las toxinas que se producen en el organismo o que se ingieren; el proceso se acelera por el abuso del alcohol o por la hepatitis por virus, hay casos en que se presenta un estreñimiento o constipación que a veces requiere atención médica; en casi todos los ancianos es común la dificultad de digerir comidas abundantes o muy condimentadas. La degeneración de los islotes de Langerhans del páncreas producirá diabetes mellitus. La desnutrición puede causar anemia.

El sistema nervioso central va perdiendo su capacidad, y así aparecen la falta de memoria reciente y las respuestas retardadas a los estímulos (pérdida de reflejos), todo esto debido a la muerte de muchas neuronas; a ese respecto, lo que hace más precaria la situación del anciano es el consumo del alcohol y de otras drogas

La marcha en el anciano se empieza a dificultar hasta que camina arrastrando los pies y se ve precisado a ayudarse, para deambular, con un bastón, muletas o andadera; es frecuente que pierda algunas veces el equilibrio.

Es muy común que el viejo empiece a presentar temblores cuando tiene los miembros en reposo, esto a veces es el preludio de la enfermedad de Parkinson, el deterioro mental del anciano puede ser superficial o llegar a presentarse como enfermedad de Alzheimer, sin embargo, sólo la quinta parte de los ancianos presentan este tipo de demencia, y el resto únicamente problemas menores en lo referente a las funciones cerebrales superiores.

La degeneración producida por los errores en la reproducción genética y los estímulos y agresiones del medio tienen consecuencias en el fenómeno de la transmisión hereditaria celular; se puede producir tumoraciones benignas, y en muchos casos cánceres que de no tratarse de inmediato, conducen a la muerte.

En el varón es muy frecuente la aparición de impotencia sexual progresiva, lo que origina gran preocupación en los senescentes; además presentan trastornos de la micción por hipertrofia prostática que frecuentemente termina en cáncer En la mujer se anota la presencia de síntomas de la menopausia, que cursa con diversos grados de irritabilidad nerviosa y los clásicos "bochornos". La descalcificación concomitante a la disminución de las hormonas femeninas predispone la aparición de fracturas

En lo relativo a la atención profesional se puede decir que todavía hay un número muy limitado de especialistas en geriatría, pero también, hay que asentar que las enfermedades que afligen a los ancianos son las mismas que se presentan en la edad adulta aunque con mayor frecuencia y más severas, de tal manera que un médico internista, bien preparado, puede atenderlas con toda eficacia. Quizá sólo los trastornos mentales son más característicos de la edad avanzada pero estos no tienen curación una vez que se han instalado.

La conclusión de la vida en el ser humano en el ocaso de vida va transcurriendo insensiblemente hasta el final, acompañado de los trastornos físicos, psicológicos y sociales, sin embargo, las formas más comunes y las más detestables para terminar la existencia son dos: la osteoporosis y la demencia.

Sobre la osteoporosis se puede decir que es una disminución de los tejidos de los huesos, y se asocia al aumento de la resorción ósea, los huesos incluso cuando extremadamente no parecen afectados en su interior, se van caracterizando las diversas trabéculas que le dan solidez al esqueleto, de tal manera que cualquier presión sobre un miembro puede producir una fractura. Su causa es mal conocida, sus factores potenciales importantes: la falta de desarrollo de suficiente masa ósea durante el comienzo de la vida, la acentuación en la pérdida del hueso y calcio que se observa al final de la edad adulta, la menor sensibilidad a la hormona paratiroidea, la absorción defectuosa de calcio en el intestino y, por último, la menopausia en las mujeres.

La osteoporosis es más común en las mujeres menopáusicas que en el adulto mayor, y algunos autores señalan que se presentan con mayor intensidad en individuos de tez blanca que en los de piel morena.
Los pacientes con osteoporosis sin complicaciones pueden permanecer asintomáticos o pueden tener diversos dolores en los huesos, sobre todo en la espalda, pues las fracturas por aplastamiento de los cuerpos de las vértebras se asocian de modo característico a traumas mínimos pero que van disminuyendo el agujero de conjunción por donde emergen las ramas sensitivas de los nervios raquídeos. El dolor resultante es agudo y se agrava por el soporte del peso, puede asociarse a dolor local a la presión y persiste generalmente por días o semanas.

Las lesiones de las vértebras dorsales pueden producir encorvamiento de la persona y a veces lordosis cervical en el adulto mayor. Esta sintomatología es poco aparente te principio, se observan adultos mayores "caídos de hombros" o bien que adoptan posturas extrañas al sentarse, lo cual a veces les produce algún alivio.

La osteoporosis avanzada produce fracturas en la cadera, básicamente en el cuello del fémur en las muñecas y a veces en las falanges de manos y pies.

Por otra parte, la disminución de la altura en los cuerpos vertebrales puede producir desde dolor crónico que la gente identifica como "lumbago" o "ciática", se manifiesta con un dolor agudísimo que sigue el trayecto del nervio del mismo nombre y en ambos casos se produce incapacidad para permanecer largo tiempo sentado, agacharse y aún caminar.

En el examen radiológico, las vértebras demuestran una radio densidad disminuida debido a la pérdida de la estructura trabecular de los huesos que es justamente lo que aumenta la fragilidad. Es posible que la osteoporosis inducida por corticosteroides produzca radio transparencia del cráneo, fracturas de las costillas y formación exuberante de cabello. Se ha notado que los astronautas pueden desarrollar osteoporosis si permanecen mucho tiempo en condiciones de ingravidez.

La intervención del médico es solicitada cuando el dolor lumbar agudo es muy severo debido a una fractura por aplastamiento vertebral reciente; debe tratarse con un dispositivo ortopédico, analgésicos, y (cuando es prominente el espasmo muscular) calor y masaje. Los pacientes con osteoporosis de larga duración pueden desarrollar crónico dolor de espalda debido a estrés anormal por compresiones vertebrales previas sobre los músculos paravertebrales blandos. Es necesaria la protección de la columna vertebral, evitando desde la juventud el levantamiento de pesos excesivos o las caídas.

Los suplementos de calcio y las hormonas sexuales por vía oral reducen la resorción ósea y detienen o reducen la progresión de la enfermedad. Las dosis grandes de calcio son bien toleradas.
En lo relativo a conocer en número de ancianos que padecen procesos degenerativos cerebrales, se puede decir que no hay cifras exactas: primero, porque en mayor o menor grado, toda la gente espera a que sus ancianos vayan perdiendo muchas de sus facultades, entre ellas, obviamente, las mentales, y en segundo lugar, porque muchas familias acostumbran a esconder a sus ancianos dementes, a menos que las actividades que realizan sean francamente peligrosas; por eso, es muy difícil saber cuántos adultos mayores padecen la enfermedad de Alzheimer; además, como se sabe, dicho padecimiento es incurable, progresivo e invalidante, y se confunde con otros tipos de esclerosis demenciales, de tal manera que los familiares no lo ven el caso de molestarse en acudir al médico para que se atienda al perviviente, y esto hace que dentro de las demencias seniles estén una cantidad importante de padecimientos degenerativos del sistema nervioso central.
Sin embargo, es necesario realizar un diagnóstico diferencial, aún para cuidar y asistir a un anciano con problemas mentales, pues se dice que no es lo mismo que el anciano no sepa dónde dejó sus llaves a que ignore para qué sirven las mismas llaves, por ejemplo, y en estas sutiles diferencias descansa el diagnóstico diferencial y la asistencia a los problemas mentales de los adultos mayores.

En los países en donde se contabiliza mejor el número de personas con problemas demenciales en la etapa del adulto mayor se calcula que aproximadamente el 10% de todas las personas que pasan de los 65 años, tienen impedimentos intelectuales, que son clínicamente comprobables, y que cerca de 20% de estos casos pueden ser debidos a causas que son tratables $_0$ al menos, que se pueden estabilizar, en cambio, hasta el presente, no se conoce ningún tratamiento efectivo para la enfermedad de Alzheimer. Es más se cree que la incompetencia psicosocial total que presentan estos pacientes asciende hasta el 60% de estos estados demenciales y su prevalencia parece aumentar en escala logarítmica con la edad, de tal manera, que en países con esperanza media de vida es de más de 70 años puede haber hasta 1% de su población total con este tipo de padecimientos, si las tendencias demográficas continúan como se observan actualmente, el un cuarto de siglo, el 40% de la población será mayor de 60 años, y es probable que el número de ancianos con demencia senil sea 5 veces mayor que el que actualmente se presenta. En algunos países desarrollados, este padecimiento constituye la cuarta causa de muerte después de los ataques cardiacos, el cáncer y las hemorragias cerebrales.

Especial cuidado deben poner los familiares del adulto mayor cuando comienza a perder la memoria y la atención, la habilidad matemática, el sentido del humor, se desorienta en espacio y tiempo y exhibe un carácter irritable. La enfermedad de Alzheimer inexorablemente conduce a la disgregación y degradación de la psiquis humana y, según se estima, en 5 ó 15 años causa la muerte.

Los exámenes practicados por anatomopatólogos en enfermos que padecieron enfermedad de Alzheimer han demostrado que entre las neuronas hay fibras torcidas en formas de marañas, y que en ciertas áreas del cerebro se acumula una proteína anormal que forma placas espaciadas .entre las neuronas, placas que están constituidas por una sustancia amiloide. Muchos anatomopatólogos creen que la enfermedad se relaciona con los depósitos que han encontrado entre las neuronas de proteína T y proteína B amiloide que se presentan en el sistema nervioso central; dichos compuestos, según algunos anatomopatólogos, producirán la degeneración de las neuronas. A veces, esta enfermedad ataca gente más joven que en el adulto mayor, lo cual se conoce como demencia pre-senil.

Hay que reflexionar que es muy difícil encontrar instituciones para este tipo de pacientes, en las que el trato sea humanizado. Aun pagando una pensión muy considerable, muchas veces estos pacientes terminan su vida severamente golpeados o en el más completo abandono si sus familiares no están

ejerciendo una vigilancia cercana y permanente sobre estas instituciones, además en la mayor parte de los países latinoamericanos ni siquiera se ha podido construir hospitales para pacientes que adolecen de enfermedades agudas, se está muy lejos de poder contar con suficientes camas para enfermos crónicos o ancianos y aún de asilos para casos de demencia.

Cuando el anciano no presenta un deterioro avanzado es relativamente sencillo incorporarlo al ambiente familiar, y, dependiendo el grado de incapacidad que presente, encomendarle tareas sencillas; aquellos viejos que presentan solamente capacidades físicas mínimas pueden colaborar con el cuidado o la vigilancia de los menores que viven en la familia y realizar quehaceres domésticos adecuados a su estado minusválido.

La prevención de los achaques del envejecimiento Para vivir más sano y más años seria cambiar nuestros hábitos alimenticios en dos direcciones:

1. Mantener el peso del cuerpo por debajo del peso normal en un 10%.
2. Consumir una alimentación equilibrada en cantidad y calidad, pero hipocalórica: por ejemplo, 2000 kilocalorías al día (en nuestro medio) e ingerir alimentos de alto valor nutritivo.

Hay que recordar que el principal enemigo de la salud y de la longevidad es el exceso de del cuerpo y que con el 20% menos del peso promedio que tienen los individuos en las en las sociedades desarrolladas tendrían la posibilidad de vivir entre un 20 y un 50% más.

La buena dieta, para todas las edades, se caracteriza por la variedad de los alimentos y por el valor calórico necesario para realizar el metabolismo normal, evitando reservas grasas que antes He ser depositadas en las celdillas adiposas circulan a través del torrente sanguíneo originando diversos trastornos.

La dieta ideal es aquella que contiene el número adecuado de calorías y que está balanceada en lo que se refiere a proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales necesarios para la vida humana.

En México, para un individuo de peso normal hay una variedad de alimentos, simples y naturales, que permiten mantenerse en un peso ideal con la sola dieta o bajando lentamente de peso, a razón de 2000 kilocalorías al día, una dieta que contenga un alto valor nutritivo que impida las carencias: frutas crudas, cereales, solos o combinados, leche semidescremada, sopas de legumbres, salsas, pescado, pechuga de pollo, legumbres sin mantequilla, pan integral, agua y no alcohol, usando como bebidas para acompañar los alimentos los jugos naturales y los refrescos sin azúcar. Con estos hábitos se puede prolongar la vida.

Las conservas que contienen gran cantidad de sodio producen hipertensión y hay que evitar un alto consumo de cuerpos grasosos industriales de origen vegetal, particularmente las margarinas y las grasas de aceites conteniendo importantes cantidades de ácidos grasos no saturados, pero que han sufrido una profunda transformación química al ser industrializados; por ejemplo, ciertos ácidos vegetales etiquetados como "naturales", contienen hasta el 17% de dobles ligaduras en posición anormal y este porcentaje es mayor en ciertas margarinas y en las materias grasas naturales, como el famoso "paté" de ganso de la comida francesa.

Experimentalmente, se ha demostrado la relación directa entre el colesterol sanguíneo y la arterioesclerosis así como la relación entre el incremento de colesterol en la sangre, a consecuencia del consumo excesivo de grasas saturadas y los accidentes cardiovasculares de origen arteriosclerótico, como el infarto del miocardio.

El riesgo coronario aumenta si el consumo de grasas saturadas se combina con tabaquismo, la hipertensión arterial, el alcoholismo, la obesidad, el sedentarismo, la diabetes, la herencia familiar, la capacidad vital disminuida y si hay alteraciones en el electrocardiograma. Así se produce una combinación de consecuencias fatales.

El tabaquismo y la hipertensión se asocian con la arterioesclerosis porque causan irritaciones inflamatorias en la mucosa endotelial de las arterias en las que se detienen y se acumulan las grasas para constituir las placas ateromatosas.

El colesterol está presente de manera normal en el organismo; proviene de los alimentos que ingiere el individuo y de la síntesis que realiza el hígado y su presencia es indispensable en numerosas funciones orgánicas. El colesterol no es soluble en la sangre, por esto, para circular en el organismo, se asocia con lipoproteínas diferentes, a través de las cuales llega a las células de los órganos, pero puede detenerse en las paredes de los vasos sanguíneos cuando su aporte es excesivo y con el depósito de sales de calcio forma una placa que endurece la pared de la arteria.

Además del colesterol, las células de nuestro organismo tienen necesidad de otros lípidos: los triglicéridos y los fosfolípidos transportados también por la sangre. Su aumento en el torrente sanguíneo puede ser debido a un consumo excesivo de grasa a perturbaciones metabólicas de los lípidos o de los glucósidos o al consumo excesivo de alcohol.
Los azúcares refinados deberían ser reemplazados por azúcar de caña no refinado para evitar el aumento del colesterol sanguíneo que produce la azúcar refinada, la cual estimula la síntesis hepática del colesterol contenido en los alimentos consumidos. Particularmente en el caso de los ancianos, hay que cuidar el consumo de vitaminas, cobre, cromo, calcio, selenio y magnesio, etc. no sólo porque su ausencia en los alimentos produce enfermedades carenciales, sino también, porque combaten la tendencia al exceso de colesterol sanguíneo.

La cantidad de los nutrientes debe ser balanceada para mejorar la calidad de la dieta; esta debe poseer el contenido necesario de proteínas, glúcidos, grasas, vitaminas, sales minerales, fibras y agua, evitando, por constituir riesgos graves, los alcoholes, aperitivos, postres preparados con productos lácteos, huevo, etc. y, sobretodo, los cigarrillos.

La baja nutrición calórica, sin llegar a la disminución drástica, es esencial en la dieta de la longevidad máxima y no debe considerarse la dieta sólo para adelgazar, sino un método de alimentación destinado a llenar las necesidades reales del organismo y a eliminar los riesgos indeseables de exceso en el consumo de los alimentos con el objeto de prolongar la vida.

Es preciso distinguir entre el ejercicio físico con una actividad natural de tipo fisiológico, como componente de una visión integral de la vida y del mundo y el ejercicio físico competitivo y profesional. El primero es favorable a la salud física y mental cuando se realiza con la precaución que conducen a la prevención de riesgos ejercitando normalmente los músculos y el corazón. En estas condiciones es más probable que se pueda prolongar el tiempo de vida evitando la muerte prematura.

Lo que importa es que el ejercicio llegue a constituir parte de un modo de vida fundado en la actividad preventiva "anti-riesgos" y que sirva para el logro de la salud física y mental, contrario a una vida sedentario y realizado durante toda la vida, incluso en la ancianidad.

Estas actividades además contribuyen a evitar diversas acciones y a reforzar el equilibrio físico-psicológico; el ejercicio es la única forma de luchar contra las consecuencias del sedentarismo físico y mental, que tradicionalmente caracteriza al adulto después de los 40 años, y que en el jubilado es

un factor de mayor deterioro y que le acorta la vida al hombre y le impide un disfrute pleno en la etapa del adulto mayor.

Mantener, mediante el ejercicio una actividad permanente, es ayudar a envejecer en buena condición física y mental, el ejercicio no impide el envejecimiento orgánico pero ayuda a envejecer mejores condiciones y permite la autonomía y la independencia del anciano, pues de otra manera el senecto se va aislando, terminando por sentirse más viejo. La sensación de capacidad y de bienestar que produce el ejercicio contribuye a reducir las tensiones nerviosas y las preocupaciones fatigantes de la vida social moderna. Además, se mejora el metabolismo de los glúcidos, aumenta la actividad cardiovascular, se activan los reflejos y se ejercita la función cerebral.
La persona que ha continuado toda su vida con los adecuados ejercicios físicos y mentales llega a la vejez más apta para el esfuerzo, con mayor capacidad auditiva y visual y una mejor condición mental, con mayor rapidez para realizar actividades psicomotrices y menor tendencia a la depresión y a la ansiedad.

Estos factores parecen retardar o hacer menos intenso el envejecimiento vascular y psíquico. La experiencia demuestra que el ejercicio físico tiene una acción protectora contra ciertas enfermedades como la obesidad y la arteriosclerosis, el ejercicio físico aislado o practicado en forma intensiva no hace descender el peso corporal, al contrario, lo puede aumentar por el desarrollo mayor de la musculatura. El peso desciende si el ejercicio va acompañado de una dieta hipocalórica. Además, la ingesta de ejercicio físico y de la actividad mental produce el reforzamiento de la personalidad, de la capacidad de esfuerzo, el aumento de la confianza en sí mismo y la sensación de seguridad y de bienestar. Se afirma que el organismo produce endorfinas que inducen la sensación de bienestar y, así, son capaces de neutralizar la adicción a las drogas al hacer desaparecer el malestar de su abstinencia y, así mismo, sedar los dolores y malestares inespecíficos del funcionamiento orgánico.

Por el contrario, el ejercicio competitivo puede producir una declinación precoz de las capacidades físicas y las de recuperación, además de la hipertrófica cardiaca concomitante. Es esto lo que se observa en los boxeadores y en los atletas profesionales, etc. Después de un decenio de competencia constante, están prácticamente senecios.

Sin duda, en el futuro se agregarán innumerables riesgos de actividades de todo tipo (del trabajo, en la casa, de tránsito, etc.), que bien pueden constituir en la primera causa de muerte en los primeros años del Siglo XXI en los países más desarrollados. Los riegos de enfermedad y de muerte que constituyen el factor más importante que impide al hombre vivir su longevidad máxima y las modalidades que presenten tendrán una ciara relación los estilos y hábitos de vida: tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, etc. situación matrimonial y familiar, trabajo y reposo, jubilación, nivel de vida e ingresos, vivienda, etc.

El bienestar no es asunto simple, es tanto objetivo como subjetivo, y además es individual y colectivo simultáneamente. La mayoría de los elementos que conforma lo que se denomina "calidad de vida" que es lo que condiciona la sensación de un cierto nivel de "bienestar", son elementos concretos y objetivos del ambiente.

El tema envejecimiento resume todos los problemas de la vida del hombre moderno, aquellos que se refieren a su naturaleza compleja (biológica, cultura, psíquica y social) y aquellos que se refieren a la complejidad y a los riesgos que suponen las sociedades, sobre todo cuando se han organizado con motivaciones contradictorias.

La vida de un ser inteligente es luchar constantemente por sobrevivir, por vivir sano para vivir más, y así mismo, alcanzar esa sensación de bienestar y felicidad que produce la buena vida. Un aspecto quizá de los más significativos es sin duda no solo vivir más tiempo sino vivir mejor, una vida sin calidad aceptable no es apetecible para nadie aunque sea muy prolongada.

3.3 Aspectos sociomédicos del envejecimiento

El envejecimiento es un componente característico de la dinámica de la población y un sello de los tiempos modernos. Al mismo tiempo que las sociedades de fin de siglo y principios de siglo presentan importantes descensos de la mortalidad infantil y de la fecundidad, tienen que enfrentar un considerable crecimiento de la población de adultos mayores.

En términos generales se considera que el envejecimiento de la población se debe al aumento absoluto y relativo de adultos mayores, sin embargo, aunque parezca sencillo definir a) adulto mayor, existen diferentes opiniones al respecto.

Desde el punto de vista demográfico, adulto mayor es aquella persona que ha entrado en el sexto decenio de la vida. La Asamblea Mundial del Envejecimiento, convocada por las Naciones Unidas en Viena en 1982, adoptó la definición de anciano respecto de la población de sesenta años y más. Desde el punto de vista económico, una persona mayor es aquel individuo que se encuentra jubilado y, por lo tanto, deja de ser considerado como un sujeto productivo, esto, por lo regular, sucede después de los 65 años en los hombres y de los 60 en las mujeres.

Desde una perspectiva familiar, se identifica a los adultos mayores con la salida del último hijo del hogar o con la llegada de los nietos; de hecho, este grupo de especialistas ha considerado como un sinónimo el ser adulto mayor o el pertenecer a la tercera edad pues es la base de la tercera generación en una familia.

El término tercera edad, surgió a mediados del Siglo XX en Francia para la caracterizar a las personas de edad avanzada, jubiladas o pensionadas con baja productividad y bajo consumo.

Para muchos estudiosos del tema, la definición de adulto mayor o de persona mayor va más allá de fijar un límite de edad o de establecer su condición de pensionado o jubilado Lo anterior se basa en que actualmente no resulta extraño observar personas de más de 60 años en condiciones muy aceptables de salud y con mucha vitalidad para desempeñarse en las actividades cotidianas. No son dependientes de los demás y sus facultades mentales y físicas se encuentran sin ningún deterioro aparentemente. De hecho, en los últimos decenios del Siglo XX, la probabilidad de morir después de los 60 años de edad ha ido disminuyendo y cada vez es más frecuente encontrar personas que viven más de 90 años. Lo anterior ha permitido incluir el concepto "cuarta edad" para referirse a las personas que viven más de 80 años, lo cual facilita que el ámbito familiar convivan cuatro generaciones simultáneamente.

La dificultad mayor resulta al tratar de establecer una definición precisa e incluyente de un programa social de atención al adulto mayor, sobretodo, porque se trata de un grupo heterogéneo, integrado por individuos de diferentes generaciones (tercera y cuarta edad) que han tenido importantes diferencias en su pasado laboral, social y cultural y a los cuales no se les puede otorgar las mismas soluciones asistenciales bajo la idea de una falsa uniformidad de vida a la edad.

En el nivel individual, el envejecimiento es un proceso natural que se acompaña de cambios fisiológicos de diversa índole que poco a poco van derivando en fragilidad física y mental que facilita la presencia de enfermedades.

Este proceso se asocia con la edad y con el género, pues a medida de que los años avanzan, se van modificando la proporción de personas mayores con cambios fisiológicos con respecto a la proporción de enfermos, y en las mujeres la aparición de la enfermedad tiende a postergarse más que en los hombres. Por ejemplo, entre los 60 y los 69 años, el 66% de personas presentan cambios fisiológicos algunos de ellos imperceptibles y entre el 4 y 10% está enfermo; en cambio, al llegar a los 80 años, la primera proporción de desciende al 20% y la segunda crece al 30 ó 40%.

En ambos grupos de edades se mantienen un alto número de personas mayores que se encuentran con cierto estado de fragilidad física o mental debido en gran medida, a la disminución de su capacidad de adaptación y a que su homeostasis se va haciendo cada vez más lenta. Este impacto en el funcionamiento de los individuos en edad avanzada nos obliga a distinguir aquellos trastornos que son originados por cambios fisiológicos de los que son verdaderas manifestaciones patológicas, pues en cada caso la respuesta médica y social es diferente. Los primeros requieren de acciones de asistencia social y familiar, pues el deterioro de sus funciones los lleva a realizar sus actividades físicas con más lentitud y paulatinamente empiezan a limitar sus intereses aunque no necesariamente están enfermos; en cambio, las personas mayores enfermas requieren de acciones médico-asistenciales especializadas para enfrentar múltiples enfermedades, complicaciones severas o internamientos frecuentes en el hospital. Además del componente biológico del envejecimiento, se reconoce que también existe un componente social del mismo proceso. Este último depende del papel que la sociedad les impone a las personas que envejecen el cual resulta de actitudes y creencias enraizadas en la comunidad. Expresiones de este componente son la formación de consejos de ancianos para apoyar la toma de decisiones importantes en la comunidad, el retiro del mercado de trabajo de los individuos a determinada edad, la creación de asilos o de casas de reposo, etc. A esta doble dimensión del proceso de envejecimiento corresponden importantes cambios en la calidad de vida de las personas mayores. Mientras que en ocasiones resultan limitadas las acciones contra el envejecimiento biológico, las posibilidades de actuar para mejorar las consecuencias negativas del envejecimiento social son considerables.[118]

A nivel de la población, el envejecimiento es un proceso que no se percibe sino hasta el siglo en los países desarrollados en la primera mitad del Siglo XX y en los países en desarrollo hasta años recientes. De hecho, "*en Inglaterra entre 1901 y 1944 las cifras de ancianos se multiplicaron por 2.5, pasando de 2.5 a 6 millones; alza que será similar a la observada en los Estados Unidos entre 1940 y 1980*" (Warren, 1946); en cambio, en países de América Latina, el envejecimiento será en las próximas décadas "de 23.3 millones calculados para 1980 (lo que representa 6.5% del total) ascenderá a 42.5 millones en el año 2002 (7.9% de total) y a 96.9 millones en el 2025 (12.8%)".[119]

Sin embargo, es difícil comparar estos procesos en Europa y en el resto del Mundo. Como se mencionó, el envejecimiento de la población de los países menos desarrollados, y en América Latina en particular, sucedió 2 ó 3 generaciones después que en Europa y en un contexto social completamente distinto; por ejemplo, la amplia difusión del conocimiento médico y la disminución de la fecundad favorecen que en los países en desarrollo el envejecimiento ocurra mucho más rápido que en los países industrializados, "en Bélgica o en Francia tomó más de 120 años para que la población mayor de 60 años se duplicara de 9 a 18% del total de la población, y en China, la misma transición tomará sólo 34 años, o en Venezuela 22 años".[120]

A nivel mundial, las personas de 60 años o más han pasado de 200 millones en 1950 a 487 millones en 1990, y se espera que para el año 2020 superen los mil millones. La mayor parte de los adultos

[118] Organización Panamericana de Salud

[119] Ibidem

[120] Datos estimados por el Banco Mundial en 1994

mayores viven en países en desarrollo. De concentrar un poco más de la mitad de los adultos mayores en 1950, para el año 2020 se estima que llegará a representar dos terceras partes del total de adultos mayores que habitan en el mundo. En gran medida, esto se explica porque la tasa de crecimiento de este sector de población desde 1950 ha estado por arriba del 3% anual en los países en desarrollo. Otro comentario es que para el año 2020, uno de cuatro habitantes en los países desarrollados tendrá más de 60 años, a diferencia del 6% que presentará en África, o del 11% en América Latina.

En México los adultos mayores han aumentado considerablemente en los últimos años. De representar el decenio de los cuarenta alrededor del 5.5% de la población, para 1996 aumenta a 64%, y se estima que para el año 2020 cubrirá el 11.6% de la población nacional.[121] El incremento es mucho más contundente en números absolutos. El total de adultos mayores de 60 años que actualmente habitan en México es alrededor de 10 millones, lo cual equivale al total de la población del Estado de Jalisco. De la misma manera, se estima que para el año 2020 la población de mayores de 60 años ascenderá a 14.5 millones, es decir, 75% de la población que habitaba en todo el país en 1940 o casi el doble de la población que vive en el Distrito Federal en la actualidad. También existe cierto predominio de mujeres en la población mayor de 60 años, en 1950 representaban el 52% del total y para el año 2020, se estima que aumentara 55% En gran medida, este incremento de la población mayor se asocia con el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población. El aumento de la esperanza de vida al nacer se relaciona directamente con el mundo de la población mayor. En 1950, la esperanza de vida al nacer en México era de 46.9 años, y ésta aumento a 70.6 años hasta 1990, estimando que llegara a 76.5 en el año 2020.

De la misma manera en que aumenta el tamaño de la población, la composición de los de edad dentro de los adultos mayores se modifica con el paso del tiempo. En 1950, prácticamente dos terceras partes de los adultos mayores se ubicaban entre los 60 y los 69 años y el resto después de los 70 años de edad; 40 años después, esta composición se modificó y aumento el número absoluto y relativo de las personas mayores de 70 años. El cambio en la composición etárea de los adultos mayores obliga a anticipar acciones de asistencia social y de atención médica que permita atender satisfactoriamente la demanda creciente de este grupo de edad.

La distribución de los adultos mayores en los Estados de nuestro país no es homogénea. De los 6 millones de mexicanos de más de 60 años (3.3% del total), la mayor parte de ellos viven en el Distrito Federal, Estado de México, Jalisco, Veracruz y Puebla; sin embargo, la proporción de personas mayores con el resto al total de habitantes en cada Estado varía de 8.4% en el Distrito Federal a 3.3% en Quintana Roo, o 4.6% en Chiapas. Es curioso que los lugares con más proporción de adultos mayores, además del Distrito Federal, sean los Estados de Zacatecas, Oaxaca y Michoacán (más de 7% de adultos mayores con respecto al total), en los que la expulsión de mano obra (adultos jóvenes) es elevada. Lo anterior nos muestra que el adulto mayor en estos Estados tienen otra desventaja además de la edad, el número de personas en edad de trabajar (de 20 a 59 años) que convive con ellos es menor que el del resto del país.

De hecho, la calidad de vida en la vejez es muy diferente si ésta transcurre en estados marginados, expulsores de mano de obra (6 ó 7 adultos de 20 a 59 años por cada adulto mayor), Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Michoacán o Zacatecas que en Estados con menor grado de marginación y con el elevado nivel de inmigración de personas jóvenes, como el Distrito Federal, Baja California Norte y Sur, Estado de México (más de 9 adultos de 20 a 59 años por cada adulto mayor).

[121] Secretaría de Programación y Presupuesto, 1979, Consejo Nacional de Población; Centro Latinoamericano de Demografía, 1995

Envejecimiento de la población y servicios de salud. A medida que va avanzando la edad, las personas tienden a mostrar el debilitamiento de las funciones de aparatos y sistemas que componen el cuerpo humano, que se expresan en fragilidad o enfermedad.

Uno de los efectos más interesantes que ha traído el intento de definir estos estados de fragilidad o enfermedad en las personas en edad avanzada es el de incursionar con la evaluación del estado funcional de los individuos como un indicador de la represión de la enfermedad en el estilo de vida y en el nivel de dependencia (Organización Mundial de la Salud, 1980). Las escalas que se usan comprenden la evaluación de la función básica o de la capacidad de los individuos para el desempeño de las actividades de la vida cotidiana. Estas escalas (existen más de 50 reportadas en la literatura) han sido usadas para múltiples finalidades, pues permiten estimar la calidad de vida, la necesidad de atención médica, la adecuación de políticas asistenciales, los criterios de admisión a casas de retiro, etc.

El confrontar el aumento de la duración de la vida con el mejoramiento de su calidad en adultos mayores ha venido a cuestionar la práctica médica asistencial que predomina en nuestro medio. El aumento de la esperanza de vida lo garantizan menos enfermedades en los adultos mayores.

La práctica médica dominante ha conducido a postergar la edad de muerte, fundamentalmente con el descenso de aquellas enfermedades transmisibles que ocasionaban muertes en la infancia o por el desarrollo tecnológico de la medicina curativa. Por ejemplo, la mortalidad hospitalaria por infarto al miocardio ha bajado en los últimos años debido al desarrollo tecnológico y su aplicación en el momento adecuado; sin embargo, estos avances no han logrado afectar el número de enfermos adultos mayores o postergar la aparición de ciertas enfermedades propias de la edad.

De hecho, las principales causas de muerte de los adultos mayores en México están más asociados con problemas de salud de larga duración que con enfermedades transmisibles. Las principales causas de muerte de los adultos mayores derivan de largos periodos de exposición, como la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, las enfermedades cerebro-vasculares o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las que sumadas a las otras causas no transmisibles representan más del 85% del total de las funciones.

Además, el incremento en la población de adultos mayores acarrean importantes consecuencias en materia de utilización de servicios de salud, como se trata de una población más vulnerable a presentar enfermedades, se puede transformar en alta consumidora de servicios de salud. En México, los adultos mayores de 60 años demandaron en 1995 en el Instituto Mexicano del Seguro Social una de cada de seis consultas otorgadas en medicina familiar y una de cada cinco en el segundo nivel atención (Instituto Mexicano del Seguro Social, 1995). En el nivel hospitalario se ha descrito que 30% de las camas ocupadas en el Instituto Nacional de Nutrición corresponden a mayores de 65 años, en otras instituciones de cobertura nacional, el porcentaje de camas ocupadas anualmente varia; en 1994 los mayores de 65 años ocuparon el 28% de las camas en los hospitales de PEMEX, el 15% en los del ISSSTE, 10% en el EMSS y 5% en los hospitales de población abierta. Si se descontarán del total de egresos hospitalarios a aquellos relacionados con causas obstétricas, que en algunas instituciones mencionadas representan la mitad de las camas ocupadas, el porcentaje nacional de utilización de camas por mayores de 65 años ascendería a 15%. Cabe mencionar que esta situación empieza a acercarse a lo que sucede en otros países. En Estados Unidos, 30% de las camas las ocupan anualmente los ancianos, y a ellos se les atribuye el 25% del consumo de medicamentos (Organización Mundial de la Salud, 1999).

Hasta aquí se ha mostrado un panorama muy general de algunos de los aspectos sociomédicos más relevantes asociados a las poblaciones de mayor edad. Sin embargo, el tema tiene muchas facetas y

sólo algunas de ellas han sido tratadas. La dificultad para definir al adulto mayor, el cambio demográfico y completamente previsible, los cambios en los perfiles de mortalidad y la posibilidad de medir la discapacidad asociada a los últimos años de vida, son algunas de las más importantes.

Al respecto, conviene mencionar que por lo general, la evaluación de las necesidades de salud de la población es realizada a partir de indicadores de mortalidad y en menor grado empleando indicadores de morbilidad. La relativa facilidad para obtener información relacionada con defunciones, y en sentido opuesto, las dificultades que se enfrentan para mediar la incidencia o prevalencia de las enfermedades han significado un gran obstáculo en el desarrollo de indicadores compuestos. Aunque esta situación viene cambiando paulatinamente para la población general, en particular para los adultos mayores cobra una enorme importancia, pues al añadir la medición de la discapacidad, se reconoce que las consecuencias funcionales tienen mayores aplicaciones en la evaluación del estado de salud que la sola presencia de la enfermedad registrada a través del número de defunciones. Además, la medición de la discapacidad refleja indirectamente la gravedad de las enfermedades y ofrece una visión dinámica del impacto de las enfermedades crónicas que son las más comunes en esta población. Por la conveniencia de analizar tanto las defunciones como la discapacidad de manera simultánea, se recomienda emplear indicadores compuestos que permiten agregar los efectos ocasionados por las muertes prematuras a los resultados no mortales de las enfermedades. En este sentido la inclusión de los AVISA[122], además de facilitar el uso de la discapacidad y meterla en el debate de salud pública, también busca hacer más equitativa la evaluación de las necesidades de salud en los diferentes sectores de la población. Este interés por la equidad responde a que, generalmente, la información en salud suministrada a quienes toma decisiones proviene e estimaciones de las personas implicadas con las enfermedades (encargados de programas), transfiriendo con ello, de forma no intencionada, preocupaciones específicas que pueden llegar a sobre estimar la magnitud de los problema. El hecho de evaluar simultáneamente la totalidad de las enfermedades es un paso esencial para conseguir estimaciones más plausibles y útiles en el momento de establecer prioridades y partir de la magnitud de los problemas.

En diferentes estudios se ha mostrado que el promedio de vida en México, y en particular en los adultos mayores en México, ha aumentado a finales del Siglo XX, pero el límite de vida no aumenta. El mejoramiento de la tecnología y los cambios en los estilos de vida afectan la edad de aparición de las enfermedades crónicas y con ello la modificación del peso de la enfermedad.

Fries, señala la hipótesis de la comprensión de la morbilidad la cual señala que en la medida en que disminuye la mortalidad en las poblaciones ancianas, disminuye la capacidad.[123] Alrededor de esta hipótesis se ha generado una polémica en la cual se muestran evidencias a favor y en contra. Lo más interesante es que mediante los resultados del peso de la enfermedad se abre una nueva oportunidad para examinar la relación entre la esperanza de vida y la presencia de discapacidad. A nivel internacional, se mostró que las poblaciones con mayor mortalidad tenían una mayor prevalencia de discapacidad. Mientras que en los países al sur del Sahara los hombres pasaran 53% del remanente de vida con problemas de discapacidad, en los países desarrollados será el 22%. Estos resultados se limitan a un corte transversal y debieran ser confirmados en estudios de tendencia. En México se mostró que en los lugares con una esperanza de vida más baja al nacer, existe menor carga de la enfermedad en los adultos mayores. Pero para profundizar también hacen falta análisis de tendencia.

---

122 Años de vida saludables, AVISA. Es un indicador diseñado por Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, que contabiliza los años de vida saludable, que se pierden debido a muertes prematuras y a discapacidad. Permite evaluar el impacto expresado en unidades de tiempo, en una sociedad determinada, y tiene la ventaja de que ofrece una métrica común para las pérdidas de salud y a todas las enfermedades

123 Fries JF. *Aging, natural death, and the compression of morbidity*. p130

Debido a las limitaciones de la información existente, no es posible probar esta relación que se modificaría en un análisis de tendencia pues la variación de la tecnología y de la cobertura de los servicios de salud tendría un efecto

En 1994 cada una de las personas mayores de 60 años perdió en promedio 48 días por discapacidad, en estudios realizados en Estados Unidos, se observó un promedio de 21 años. De esta cantidad la mayoría fue: por enfermedades del corazón 14%, el 12% por probables artritis y osteoporosis, 11% por caídas, el 10% por demencia, y el 8% por enfermedad cerebro vascular. En cuanto al número de días perdidos no existe diferencia entre hombre y mujeres.

Para proceder a la implementación de una política pública que busque .mejorar las condiciones de salud de los adultos mayores en México es necesario tener en mente que:

a) Se trata de un sector de la población que va aumentando en términos absolutos y relativos. No se comporta de manera homogénea a lo largo del país. Paradójicamente en los lugares de mayor pobreza y emigración de jóvenes, existe un mayor número de adultos mayores que demandan atención a sus problemas. En contra de lo que se piensa, la población pobre, independientemente de la edad, no está delimitada por la falta de acceso a los servicios de salud a los que se puedas extender servicios o subsidios de manera clara. Los pobres, que representan un sector de la población heterogéneo y dinámico por su propia naturaleza desafían la capacidad para hacer fácilmente identificados.
b) Las enfermedades que generalmente presentan los adultos mayores no los identifican de manera absoluta dentro del resto de la sociedad si bien en ellos es menos elevada la frecuencia de enfermedades infecciosas o de desnutrición en la actualidad sus principales necesidades de salud se asocian con enfermedades no transmisibles, para las cuales los costos de atención son más elevados.
c) Es necesario identificar y remover las barreras económicas que impiden que la población que más necesita el apoyo de los servicios de salud los pueda utilizar cabalmente.

Por último es importante mencionar que no todo es enfermedad para los adultos mayores. Cada vez más sujetos llegan a los 60 años o se jubilan en muy buen estado de salud y así desean mantenerse. Esta exigencia corresponde a un nuevo reto para la medición actual y para la sociedad en su conjunto que deban aportar un buen apoyo a esta nueva categoría de personas para permanecer sanos. Ejercer activamente debe constituirse en el objetivo central de un programa de envejecimiento exitoso.

Geriatría y gerontología

La geriatría es la especialidad médica, relativamente nueva, dedicada al cuidado de la salud de las personas adultas mayores, porque la vejez requiere de un cuidado especial ya que el cuerpo envejecido es diferente aun estando en buenas condiciones. Éste se comporta diferente ante la enfermedad porque sus reservas se gastan, es más frágil y susceptible de desequilibrios, por lo que se requieren habilidades especiales para reconocer bien y a tiempo un mal que lo aqueje.[124]

La medicina geriátrica realmente comienza a utilizarse en Inglaterra por la Dra. Marjorie Warren en 1935, en un asilo para ancianos pobres y en muy mal estado de salud. Ella se dio a la tarea de aplicar un enérgico abordaje diagnóstico, rehabilitatorio y curativo, logrando con ello que mejoraran los asilados, al grado de que muchos pudieron regresar a su casa.[125] Con ello se demostró la importancia de una evaluación y rehabilitación global del enfermo de edad avanzada.

---

[124] Rodríguez García, Rosalía, *¿Qué es geriatría?,* Areópago, Rev. Memoranda, ISSSTE, México, N. 8, Oct-dic. 1997, p. 8.

[125] Gutiérrez Robledo, Luis M., *Clásicos en salud pública, Presentación*, Salud Pública de México, Nov-dic. 1996, Vol. 38, No. 6. p. 523.

Para la geriatría es importante tener esta visión global o biopsicosocial[126] de la salud. Las interacciones entre lo físico, lo mental y lo social son mucho más perceptibles, e intervienen unas con otras con mayor impacto por la fragilidad en el equilibrio orgánico de las personas adultas mayores. No se gana mucho luchando contra los males físicos y psicológicos, si no hay un apoyo social que justifique la batalla y posteriormente mantenga los resultados obtenidos. De poco sirve curar un órgano y descuidar el ánimo. La geriatría enfoca su actividad en la calidad de vida, procura siempre la independencia y la participación social de la persona adulta mayor.

A su vez, la gerontología estudia el proceso de envejecimiento en toda su universalidad como es lo biológico, psicológico y lo socioeconómico. Esta ciencia estudia los retos que plantea la vejez, porque contempla los aspectos positivos (la acumulación de conocimientos, experiencias y profundidad intelectual) y los negativos (debilitamiento físico, sensación de inutilidad) tratando de prolongar los primeros y suavizar los últimos.[127]

Ambas disciplinas son complementarias e inseparables y tienen como objetivo común el bienestar de la persona adulta mayor.

Hay que estar atentos a las recomendaciones que van surgiendo en los diferentes eventos que se organizan para personas adultas mayores en las Delegaciones políticas o en los clubes de la tercera edad y que sean de utilidad para envejecer de una mejor manera.

Cuando el paciente está bien informado, puede decidir, junto con su médico, los logros que se van a alcanzar a partir de su tratamiento; con esto se busca que la persona adulta mayor encuentre las satisfacciones de vida que requiere.

Los geriatras son los especialistas en cuidar la salud de las personas adultas mayores, de una manera integral. Para ser geriatra el médico tiene que perfeccionar sus conocimientos, especialmente en farmacología,[128] psiquiatría, además en tanatología[129] y problemas específicos como las caídas, la incontinencia y la demencia, buscando siempre conducir al paciente hacia una mejor calidad de vida. Además, el geriatra se adentra en la gerontología que lo ayuda a atender más humanamente a la persona adulta mayor.

Este especialista está capacitado para analizar y dirigir el cuidado integral de la salud de la persona adulta mayor y podrá coordinar a otros especialistas médicos que tengan que ver con el tratamiento de una misma persona. Además, sabe reconocer con oportunidad los problemas y contratiempos de las enfermedades y los medicamentos.

También tiene como responsabilidad crear una nueva cultura del envejecimiento. Va a practicar la gerontoprofilaxis, que consiste en evaluar a la persona, reconocer su estado general y las pérdidas funcionales que se estén presentando, así como los riesgos que puedan surgir después por la presencia de una enfermedad; todo esto con la finalidad de planear junto con la persona y su familia un buen envejecimiento.

---

126 Bio-psico-social: se refiere a una visión completa e integral del ser humano, su cuerpo, su mente y el medio que lo rodea.

127 *Diccionario de las Ciencias de la Educación*, Ed. Diagonal-Santillana, Barcelona, 1984, Tomo I, p. 689.

128 Farmacología: ciencia que estudia el origen, la estructura, propiedades químicas y físicas, acción y aplicación terapéutica de los medicamentos, junto con las reacciones que estos provocan en el organismo. Mismo diccionario, p. 633.

129 Tanatología: suma de conocimientos relativos a la muerte. Esta práctica se lleva a cabo para ayudar a los pacientes con enfermedades terminales a "bien morir", esto es, organizar sus pertenencias y dentro de lo posible, entender y enmendar su relación con los demás.

"En años recientes, el cuidado geriátrico se ha enfocado hacia la evaluación global, la prevención de discapacidades y la protección de la independencia. El objetivo es identificar tempranamente factores de riesgo o señales oportunas de deterioro antes de que éste ocurra o sea irreversible".[130]

Vale la pena resaltar que es muy importante la comunicación entre el médico y el paciente sobre las esperanzas que, tanto la persona adulta mayor como su familia, tienen del tratamiento. Es necesario saber qué habilidades del individuo han disminuido o desaparecido, cómo afecta esto la vida de las personas y qué se podría hacer para restaurarlas o darles alternativas. Además, es muy recomendable tratar los aspectos que en ocasiones se consideran como no médicos y que, para la persona adulta mayor son importantes, ya sean preocupaciones familiares, económicas o laborales; dado que esto también puede afectar a la salud.

Los gerontólogos pueden tener un origen profesional distinto: medicina, enfermería, antropología, psicología, bioquímica, odontología, trabajo social, entre otras, quienes se especializan para analizar el envejecimiento tomando en cuenta los cambios anatómicos, fisiológicos, bioquímicos en los seres humanos, producidos por el tiempo, así como las consecuencias derivadas de la vejez que afectan la situación económica, médica, social, ambiental, sanitaria, política, etcétera, de este sector de la población. El gerontólogo va a buscar alternativas que mejoren la calidad de vida de la persona adulta mayor, a partir de tomar en consideración todos los aspectos anteriores.

3.5 Derechos de los adultos mayores

Es verdad que la historia que nos antecede, siempre está presente en nuestro momento histórico impulsándonos hacia una conciencia más clara de la dignidad del ser humano y de sus derechos y eso se debe que el campo de la legislación exista un notable avance en ese sentido "como si empezara a convertirse en realidad el imperativo kantiano que ordena el respeto a la persona, ya que los derechos humanos se han convertido en fundamento o regla moral del derecho y en principios de justicia", así existe una regla clara: si se actúa o no conforme a los derechos humanos, se está viviendo o no conforme a la moral y la persona se ha transformado en sujeto de derechos.

Martínez Bullé-Goyri sostiene que los derechos humanos son considerados por el derecho internacional como imperativos que no admiten acuerdos en contra.

Por otra parte, existe hoy un conocimiento mayor de parte de la "sociedad civil" de sus derechos humanos y, por lo mismo, con más facilidad pueden recurrir a ellos para defenderse de agresiones e injusticias.
A pesar de estos avances de la conciencia humana en su largo peregrinar a través de la historia que han quedado "escritos" en las constituciones de muchos países, nos encontramos con a profunda contradicción en la realidad, por la deshumanización de nuestra sociedad, deshumanización que incluye en sí misma la destrucción de la naturaleza.

¿Existe realmente la conciencia de la dignidad humana o todo se queda en "leyes escritas" y en discursos?

En contraste entre las leyes que se refieren a los derechos humanos y la realidad, es muy fuerte. Son demasiados atropellos a la dignidad de la persona y a sus derechos que acaecen en nuestro siglo.

---

[130] Bronfman, M., L. Ruiz, A. Gamble, A. Sandoval, *La salud de la población de edad avanzada. Un reto más hacia el futuro*, Secretaría de Salud, México, 1994, p. 30.

Los crímenes que significan tantas guerras, la exclusión de la mayor parte de la humanidad de toda posibilidad de una vida digna, al ser condenada a la miseria para beneficio de unos cuantos que se han adueñado de la riqueza del mundo; la discriminación de la mujer y del indígena son, entre otras muchas, prueba de que aún no se tiene conciencia verdadera de la dignidad del ser humano y del respeto que merece.

Nos preguntamos por qué, si uno de los valores más admirables del ser humano es su capacidad creadora que ahora nos sorprenda dentro del campo de la ciencia y la tecnología no existe esa misma creatividad y esa misma voluntad para solucionar el problema de la aniquilación de la persona por la indignidad de la miseria.

En tanto que la ciencia y la tecnología avanzan de manera prodigiosa la parte humana, el respeto a la persona y a sus derechos, el problema de la justicia social, aparecen sin solución, sin esperanza.

Creemos que si los humanos han tenido esa capacidad para lograr el progreso científico y la innovación tecnológica que presenciamos y que, según se supone, fue creado para ponerlo al servicio de toda la humanidad, también deben tenerla para solucionar los problemas que impiden que ese beneficio llegue a todos y, con ello, obtener el más profundo y valioso avance que el ser humano podría alcanzar: el del respeto primordial hacia la raza a la que todos pertenecemos. "

Unir avance tecnológico y justicia social debe ser la meta hacia donde se dirija la anidad Estos dos aspectos de lo humano deben ir unidos para tener verdadero sentido

No crear nueva tecnología para una minoría que signifique la cúspide de los humanos, que pocos privilegiados la disfruten, sino "ese sería el mayor descubrimiento" la forma de levantar a los que han sido anulados en su condición de humanos, para que todos, por igual, dan gozar sus beneficios, como miembros de la misma especie humana.

Junto al brillo del avance científico y tecnológico, se impone el mayor reto; solucionar de manera profunda y definitiva el problema del respeto y la valoración de todo ser humano, de cualquier etnia, clase social, edad o género.

Pero ¿qué son los derechos humanos? ¿Por qué deben existir y respetarse?

Los derechos humanos se desprenden como una necesidad de la dignidad de la persona, dignidad que se encuentra en su naturaleza, como ya quedó asentado.

Ahora bien, esta dignidad humana exige como "un deber ser", las condiciones necesarias para que le sea posible a la persona llegar a la plenitud de sí misma, a su realización como humana, que es donde se manifiesta su dignidad: de ahí se desprenden los derechos humanos. '
Al reflexionar sobre lo cotidiano nos parece vivir en el mundo de la fantasía: volar sobre las nubes, comunicarnos instantáneamente con Europa, mirar en el momento la imagen de lo que sucede en China o correr a cien kilómetros por hora en la carretera. Y más aún nos causa asombro lo que vislumbramos hacia el futuro.

La innovación tecnológica de la electrónica nos muestra cada día avances prodigiosos: redes que constituyen el sistema nervioso de nuestra sociedad y que están revolucionando la estructura económico-social de nuestro mundo.
La tecnología del trabajo físico está siendo sustituida por la inteligencia de la información electrónica, la fuerza bruta por la habilidad en el manejo de la información.

Desde siempre se ha aspirado a lo que hoy parece alcanzable: sustituir el trabajo enajenante, embrutecedor, por un trabajo eminentemente creador, en el que el ser humano utilice y desarrolle sus facultades: su inteligencia, su voluntad, su sensibilidad, su imaginación, para producir la riqueza, para satisfacer las necesidades de los consumidores, para construir el bienestar de la raza humana. Y ahora despunta como posible la realización de estos sueños el que una utopía se convierta en realidad.
Este era uno de los logros que Carlos Marx buscaba como resultado de la implantación de su doctrina, la humanización del trabajo.

En tanto que Marcuse criticaba "la represión excedente". En un momento de progreso extraordinario en la producción de bienes de consumo, el obrero seguía siendo reprimido cruelmente sin necesidad se podía producir mucho en corto tiempo sin reprimir tanto a los trabajadores

Ahora bien en la tecnología que apunta al futuro, las necesidades concretas de cada cliente serán atendidas y satisfechas por los productores gracias a la información a través de las redes "extra-inteligentes" cuyo papel es informar.

Desaparecerá poco a poco el modo de producir en serie las grandes fábricas, los grandes almacenes. En su lugar, los bienes de consumo se realizan en pequeñas fábricas familiares.

Toffler hace una interesante comparación entre la producción de las "industrias de las chimeneas" que Marx analiza en "El Capital", y lo que en adelante sucederá en la intervención determinante del conocimiento, de la información, en dicha producción.[131]

Si en el análisis marxista la causa del poder del capitalista se debe a que se ha apropiado de los medios de producción ahora, en la industria "súper simbólica", los medios de producción se encuentran en la mentes de los empleados.

Si antes era necesaria una huelga general para que los obreros reclamaran salarios más justos o prestaciones más dignas, ahora un solo empleado puede exigir o vengarse de malos tratos o bajos salarios, y esto de manera abierta o escondida, alterando información o produciendo los nefastos virus.

En síntesis, si para Marx los medios de producción y las relaciones de trabajo eran las estructuras fundamentales que determinan a la sociedad, actualmente se están transformando por completo esas estructuras fundamentales y, por lo tanto, está surgiendo un nuevo tipo de sociedad.

En la industria de las "chimeneas" los obreros hacían trabajos rudos sin que necesitaran conocimientos especializados, hoy por el contrario, los empleados necesitan mucho conocimiento especializado para poder desempeñar bien su trabajo. Y no solo eso; necesitan iniciativa, creatividad, imaginación para poder realizar su cometido al igual que compartir responsabilidades.
De ahí el profundo cambio en las condiciones del trabajo actual.

La sociedad necesita personas que se ocupen de los ancianos y que sepan cómo ser compasivos y honestos. La sociedad necesita gente que trabaje en los hospitales. La sociedad necesita todo tipo de habilidades que no son sólo cognitivas, son emocionales, son afectivas. No podemos montar la sociedad sobre datos

[131] Toffler, Alvin, *La tercera Ola*

Por otra parte, en el despuntar de esta nueva manera de producir la riqueza, existirá una estrecha relación entre el productor y el consumidor aquel tendrá que estar informado de las necesidades de éste para no producir más que lo que se requiera y el consumidor a su vez, informara al productor de sus necesidades: habrá una síntesis entre ambos, y se supone, no se producirá si no lo necesario.

La electrónica se manifiesta con una enorme importancia: por medio de ella se proporciona información que es la base del conocimiento y el conocimiento significa poder.

La agilidad y rapidez de los nuevos medios informáticos que comunican al mundo entero *e* comunican al mundo entero, lleva a la globalización, a la totalización del mercado. ¡Y esto entre mil más innovaciones!

3.6 ¿Pero todo es positivo en este avance científico y tecnológico?

Como cualquier progreso y cambio revolucionario, esto que estamos viviendo produce problemas de diverso género que tendrán que preverse para encontrarles solución.

Por ejemplo como consecuencia de la automatización, "las maquinas, cada vez más perfeccionadas, pueden hacer lo que antes hacia el ser humano" esto, que de suyo significa un gran progreso por que permitirá a la persona dedicar más tiempo a actividades liberales, creativas, recreativas y de servicio a los demás, trae consigo un gravísimo problema: el desempleo, que redundará en problemas económicos y psicológicos para la persona:

Japón anuncio que en el año 2000, el cien por ciento de los obreros perdió su empleo. En Estados Unidos el 35% perdieron su puesto, en Canadá el 25%.

La globalización, a su vez, amenaza en cierta forma con terminar con la individualidad de cada pueblo y sus diversas culturas, uniformando al mundo entero con la "monocultura del mercado" de las transnacionales, entre otras consecuencias negativas.

Son problemas que, de una manera urgente se debieron prever.

Por otra parte, el problema más grave es que advertimos diferentes situaciones de anulación de la persona, como veremos al adulto mayor. La mayor parte de la humanidad ha quedado excluida del mercado global y condenada a la imposibilidad de realizarse corno humana, a la miseria y a la muerte.

Al mismo tiempo, nuestra habitación, que es la tierra, es cada vez más destruida.

El tiempo condición fundamental de medida de todos los procesos que suceden dentro de los sistemas, en los que se encuentran inmersos no solamente los seres vivos sino todos los elementos constitutivos del universo y en forma ineludible los conduce a la entropía, es también la senda natural en las que transcurre el itinerario de las edades de la vida del hombre, proceso denominado "curso vital", proceso en el que, en forma global se han identificado 4 periodos que transcurren ordenadamente y que se les ha denominado: infancia, adolescencia, edad adulta y vejez.

Estas etapas y sus transiciones de una a otra han ido analizadas desde las perspectivas biológicas, sociológicas, psicológicas y etnológicas; de esta manera. La infancia está vinculada obviamente al nacimiento y a la madre.

El nacimiento es el paso de la vida intrauterina al mundo individual y al social; no obstante, cada cultura lo conforma e interpreta de diferente manera.

Como ejemplo, en la generalidad de países del Mundo Occidental, el recién nacido no es persona sino hasta transcurridas las primeras 24 horas y sólo entonces puede inscribirse en el Registro Civil. Entre los suazi de Sudáfrica, el bebé es una "cosa" durante los 3 meses de vida, pues, dado el alto índice de mortalidad infantil, no se sabe si sobrevivirá; si supera los 3 meses, se les pone nombre, realizando un rito en acogida en comunidad.

En otras culturas, la recién parida y el recién nacido viven al margen de la vida social durante el puerperio, para luego reintegrarse a la sociedad mediante ritos de purificación. Se cuenta que en la Grecia Clásica, los hijos aristócratas permanecían en el Gineceo con mujeres, hasta los 7 años edad a la que eran presentados a su padre.

En nuestros grupos indígenas y, sobretodo, en algunas comunidades de etnia tzotzil, los niños carecen de nombre, e identificándolos únicamente con el sustantivo *querem*, cuyo significado es "niño", hasta que cumplan los 7 años de edad.

En numerosas culturas no es sino hasta los 5 a 7 años de edad cuando se consideran que los niños adquieren el uso de la razón.

La adolescencia se extiende desde los 12 años hasta la inserción como miembro de pleno derecho en la sociedad y, constituye otra fase, más o menos larga, que suele desembocar en el casamiento y desempeño de una actividad adulta como lo es el trabajo.

En el tercer punto, la adultez supone tomar posesión de la plena madurez personal y social. Generalmente se inicia al contraer matrimonio o al tener el primer hijo con la formación de la familia propia, la inserción de un trabajo, la asunción de un estado, la participación en la vida socio-política y la adopción de una mentalidad responsable y autónoma con respecto a la familia de origen.

Por último, la vejez o ancianidad representa la cuarta edad (más que la tercera). Por muchas personas es tomada como la fase final de la vida, aunque cuando nos referimos a esta fase terminal, podemos o no correlacionarla con la edad en años del individuo. No siempre la edad cronológica de una persona se encuentra en relación inversamente proporcional a sus capacidades, de tal forma que es muy difícil establecer cuántos son los años en que se inicia la vejez y cuál es el contenido de esta etapa vital del ser humano.

La vejez muchas veces la asociamos a la idea del retiro o la jubilación, pero estos conceptos son propios de las sociedades Occidentales actuales, que en un concepto industrial, miden la permanencia del sujeto útil en su capacidad productiva y no así en sus habilidades y experiencias.

De esto resulta que la edad de inicio de la senectud obedece a una situación meramente convencional y arbitraria, que abre las puertas de la marginación a los grupos de adultos mayores de los 65 años.

No obstante podemos afirmar que en un gran número de casos la edad hábil de la familia, el trabajo y la política se prolonga hasta la muerte o sus vísperas, siendo los viejos seniles e inhabilitados un grupo escaso y marginal.

Al contrario de lo que sucede en las ciudades urbanas, en las comunidades indígenas, los viejos suelen gozar de privilegios, los ancianos conforman consejos y se les consideran necesarios para la conservación de la cohesión del grupo.

Resulta paradójico, que en la actualidad dentro de las sociedades del mundo industrializado, exista la preocupación por la prolongación de la vida del hombre, haciendo que los estudios actuales prevean expectativas de vida hasta de 120 años, siendo precisamente en estas sociedades modernas en las que prevalece el consumismo y la competencia por el dinero y el poder a través de una avalancha productiva, las que han mantenido la segregación de las personas mayores, situación que en poco tiempo creará un verdadero problema ya que debido al aumento de las expectativas de vida, las personas de más de 65 años de edad, a partir del año 2001 ocuparán el 20% aproximado de la población mundial y teniendo en cuenta que las mismas reglas sociales modernas se han ocupado de desvincularlas del protagonismo familiar y laboral, conduciéndolas a una situación marginal, no solamente en el aspecto económico, sino también en el aspecto humano crearán una subcultura de los ancianos, que en términos generales provocarán un fenómeno parecido al que se conoce como "los niños de la calle".

Esto ha generado un verdadero dilema el cual radica en los siguientes cuestionamientos ¿qué ventajas da el proyecto "longevidad" si la misma sociedad se encarga de marginar a los ancianos? ¿Resulta ético prolongar la vida del hombre ante la amenaza de desconocer al anciano como persona humana? ¿Las normas legales dictadas a favor de la protección del adulto mayor contemplan el respeto a su dignidad?

Consideramos que es conveniente recapacitar sobre el estatus de los adultos mayores para reintegrarlos a su calidad real de personas humanas; por lo que es necesario desencadenar un proceso reflexivo destinado a replantear la situación de los viejos como ciudadanos en igualdad de circunstancias a los adultos en edad productiva.

Por lo anterior es importante trazamos objetivos de proponer algunos de los derechos de los ancianos que vayan más allá de ser solamente satisfactores materiales paliativos de sus incapacidades físicas redimensionándolos en toda su plenitud humana, con fundamento en los principios de equidad, libertad, justicia y autonomía.

El anciano como persona humana tiene una tarea que cumplir en la sociedad, y partiendo del hecho de que el adulto mayor en su sanidad es productivo, los derechos que fortalezcan su integridad psicológica, social y trascendente, lo reintegraran a su rol social, situación que hará que mejore su calidad de vida, a través de la convergencia de la ciencia, la ética y el derecho.

En las culturas Occidentales industrializadas desarrolladas o en vías de desarrollo se ha iniciado un proceso de despersonalización del anciano, la constante información que privilegia la belleza y la juventud invade todos los medios de comunicación masiva, mientras que a los ancianos se les destina a infra espacios sociales, en los que solamente tiene acceso a una relación social afectiva con las personas que han caído dentro de su misma categoría.

El arribo a la vejez caracterizado por una serie de cambios morfológicos y actitudes ante la vida, se agrega por el desplazamiento que la misma sociedad hace al senescente de pasar de un papel social a otro, favorece que se precipite en ellos una crisis muy similar a lo que sucede con el adolescente.
La transición de descenso en el estatus social en el anciano se efectúa en forma vertical, la que sin duda es más traumática para la persona que los mismos achaques y enfermedades que sufre el viejo.

El desprecio y la burla que se hace del anciano al que se le apostrofa con adjetivos peyorativos, paulatinamente van deteriorando su autoestima hasta hacerlo consciente de que solamente es un objeto, un "descolado mueble viejo" que no va con la decoración de las modernas habitaciones.

Esta cosificación insolente del anciano, ha tenido su manifestación más visible en el terrible olvido de considerar sus derechos en el ámbito internacional, como un *adendum* a la Carta de los Derechos Humanos, tal como se ha hecho con los derechos de las mujeres y de los niños.

Es indudable que algunos países ya han iniciado las legislaciones correspondientes para su protección, pero no obstante es conveniente su generalización ya que la senectud no es un problema particular de una Nación, sino implica una visión global ya que es indudable que d envejecimiento es parte de una condición humana, que aunque carente fuerza física es indudablemente rica en potencialidades intelectuales y experienciales.

Además de los derechos que un adulto mayor tiene como ciudadano, también debe tener derechos especiales generados por la condición de la etapa del curso vital que vive y que podemos proponer en los siguientes términos:

1. Un adulto mayor tiene derecho a ser considerado persona humana a pesar de su edad o de las condiciones de salud o enfermedad tanto física como mental que tenga.
2. En su condición de persona humana, el anciano, tiene derecho a ser respetado tanto en su individualidad, como en sus relaciones con la familia y la sociedad.
3. Un adulto mayor no deberá ser física o mentalmente abusado o explotado
4. La raza, religión, origen nacional, sexo, edad, incapacidades, condición civil, o forma de pago no serán bases para negarle tratamiento, atención o servicio al anciano.
5. El adulto mayor tiene derecho a comunicarse en su propio lenguaje con el objeto de solicitar y obtener tratamiento, atención o servicio.
6. Un anciano puede asociarse, comunicarse y reunirse en privado con otras personas a menos que esto lesione los derechos de otros individuos.
7. El correo de un adulto mayor no debe ser abierto a menos que él lo autorice.
8. El adulto mayor tiene la prerrogativa de que se le asista en el ejercicio de sus derechos.
9. El adulto mayor tiene derecho a expresar sus quejas y recomendar cambios en las políticas o servicios, sin temor a represalias, discriminación o coacción, interferencia
10. Un adulto mayor podrá administrar sus finanzas personales si pide y autoriza por escrito al proveedor de servicio asistencia en el manejo de sus finanzas, el proveedor depositará los fondos del anciano en su fideicomiso separado y entregará el talón debido al anciano. A menos que reglamentos federales prescriban otros métodos en cuyo caso el reglamento federal prevalecerá. En todo caso, el adulto mayor es libre de elegir quién manejará sus finanzas por él.
11. El adulto mayor tiene derecho al trabajo remunerado y digno, de acuerdo a su preparación, habilidades y conocimientos.
12. Todos los documentos de vida del adulto mayor son confidenciales y no deberán ser divulgados sin su consentimiento por escrito. El adulto mayor podrá poseer, solicitar y examinar sus documentos personales aun cuando éstos se encuentre con un proveedor de un servicio.
13. El adulto mayor tiene derecho al arraigo.
14. El adulto mayor tiene derecho a ejercer su sexualidad.
15. El adulto mayor tiene derecho al reconocimiento social.
16. El adulto mayor tiene derecho a un trato preferencial.
17. El adulto mayor tiene derecho al pleno disfrute de sus bienes, posesiones y dinero.
18. El adulto mayor tiene derecho disponer bajo testamento de sus bienes en los términos y con las condiciones que él juzgue convenientes.

19. El adulto mayor tiene derecho a ser autónomo.
20. El adulto mayor que por sus padecimientos haya perdido la autonomía, tiene derecho a que se le nombre un tutor legal que lo representará, defenderá y gestionará todo lo que el anciano tiene derecho como persona humana.
21. El adulto mayor indigente tiene derecho a recibir protección a través de las instancias que brinden las instituciones de beneficencia pública.
22. El adulto mayor tiene derecho a la alimentación.
23. El adulto mayor tiene derecho a un trabajo digno.
24. El adulto mayor tiene derecho a educación.
25. El adulto mayor tiene derecho a que en los establecimientos públicos: hoteles, restaurantes, terminales de autobuses y aeropuertos, se tomen las medidas pertinentes para consolidar las medidas de seguridad para su grupo etáreo en: escaleras, sanitarios, andadores, etc.
26. El adulto mayor tiene el mismo derecho que todas las personas en cuanto a que es humano.

También existen situaciones en las que el adulto mayor sufre de padecimientos mismos que deben ser atendidos por lo que se puede decir que deben gozar también de prerrogativas especiales por su doble condición de anciano y enfermo, por lo que sugiero adicionar en el caso planteado a los derechos del enfermo, lo siguiente:

1. El adulto mayor podrá participar en el planteamiento de su propio cuidado y tratamiento médico.
2. El adulto mayor tiene derecho de rehusar un tratamiento después de que las consecuencias de dicho tratamiento le han sido detalladamente explicadas.
3. Si existe espacio disponible, el proveedor del servicio hospitalario, a petición del adulto mayor, le facilitará un lugar privado donde pueda recibir visitas. Si el adulto mayor es casado y su cónyuge recibe servicios similares en el mismo lugar, la pareja podrá compartir una habitación.
4. Las visitas al adulto mayor no podrán ser restringidas a menos que el médico lo determine por razones médicas.
5. El adulto mayor podrá conservar su ropa y artículos personales si hay espacio que lo permita. El número de artículos personales puede ser limitado por razones de salud y seguridad del paciente, esto deberá ser documentado en el expediente médico del paciente. El número y tipo de artículos personales también puede ser limitado por razones de salud y seguridad de otros pacientes.
6. El adulto mayor no deberá ser solicitado a efectuar ningún trabajo como pago al proveedor del servicio.
7. El proveedor del servicio deberá informar al adulto mayor por escrito de los servicios disponibles, y el costo de estos, en caso de tener derecho a la atención médica por una institución de salud, si dichos servicios no están cubiertos por la institución oficial en la que el adulto mayor recibe su atención.
8. El proveedor de servicio no deberá transferir o dar de baja a un adulto mayor a menos que:
   - La condición médica del adulto mayor lo requiera
   - La salud o seguridad del paciente o la salud o seguridad de otras personas haga necesaria dicha trasferencia o baja.
9. Si el proveedor de servicio intenta transferir o dar de baja al adulto mayor, -excepto en situaciones de emergencia- el proveedor del servicio deberá notificar al adulto mayor, al pariente responsable del adulto mayor y al médico del adulto mayor a 5 días antes de la fecha en la cual el adulto mayor va ser transferido o dado de baja.
10. El adulto mayor tiene derecho a recibir atención médica de calidad y ser beneficiado con todos los adelantos tecnocientíficos al alcance de la institución en que recibe su atención,

tanto como razonable y responsablemente lo requiera su padecimiento y sin llegar al encarnizamiento médico.

11. El adulto mayor tiene derecho a una muerte digna.

Para concluir, debemos comprender que el concepto de ancianidad se construye durante toda la vida del hombre y que por ninguna forma daña, merma o quita al adulto mayor su calidad de persona humana ya que el máximo anhelo de todos los hombres es llegar a viejos. De tal manera, es menester, aquí y en el momento, señalar cuáles son los principales derechos de los adultos mayores, abriendo con esto un espacio de reflexión y de análisis dentro de los terrenos de la bioética.

Capítulo 4:

La experiencia individual y social del adulto mayor

De viejo, te sientes culpable de los pecados que has dejado de cometer.

4.1 La vejez en la sociedad actual: números y situación

4.1.1 La vejez: una realidad antropológica e histórica innegable

La vejez como experiencia humana-individual y colectiva es un hecho innegablemente universal que ha tenido lugar en todas las épocas, culturas y civilizaciones. En el ámbito personal desde el "hombre paleolítico", que apenas sobrevivía tres décadas por la precariedad de sus condiciones físicas y ambientales, hasta el "hombre cibernético" actual, que tiene la fortuna de vivir sesenta o más años, se experimenta un doble proceso: crecimiento y decadencia. En el ámbito colectivo, la ancianidad, resultado de este proceso, es estimada (o desestimada) en las distintas épocas y culturas de acuerdo a factores sociales, preferencias, cosmovisiones, necesidades y contextos propios de cada generación.

Vemos conveniente iniciar esta investigación, escrutando en tres épocas significativas de nuestra historia el fenómeno de la ancianidad, con el fin de confirmar dos postulados: primero, que la estimación social del anciano ha ido cambiando a lo largo de la historia o, en otras palabras, que las actitudes ante la ancianidad están socialmente condicionadas; segundo, que la condición social del anciano ha ido decreciendo con el paso del tiempo.[132]

En efecto, abordar la realidad del anciano a partir de la historia, nos permitirá comprender las actitudes que prevalecen en torno a esta etapa de la vida el qué de ciertos mitos y estereotipos predominantemente negativos, y también, descubrir el trato que se le daba a este conjunto poblacional en algunos grupos particulares.

Lo que a continuación se expone son sólo pinceladas de algunos puntos sobresalientes en cada una de las épocas históricas:

4.1.1.1 En las culturas primitivas: el viejo como sujeto de más autoridad

De acuerdo a los historiadores, en las épocas primitivas y arcaicas el viejo tenía la máxima autoridad política, social y cultural las personas de edad avanzada eran la memoria de la comunidad, los guardianes de la tradición y de la identidad del pueblo.[133] Por medio de la experiencia, los ritos, la fiesta y la relación diaria comunicaban a las siguientes generaciones los recursos y valores indispensables para seguir viviendo en armonía. En estas sociedades, la longevidad se vinculaba a la sabiduría y a la experiencia y si eran sociedades profundamente religiosas, la vejez se asociaba a lo sagrado.[134]

En el fondo, los mitos y leyendas en torno a algunos personajes encubrían el deseo humano de conseguir la eterna juventud, la obsesión por impedir el proceso de envejecimiento. Tal es el caso de la historia épica del Rey Gilgamesh entre los Babilonios, un hombre que en su lucha contra la muerte y la vejez se revela en contra de la autoridad de los dioses que son inmortales "*Como era extraordinario alcanzar edades avanzadas, los ancianos eran la manifestación del poder del Dios de cada pueblo. Era pues, lógico que se alardease de tener muchos ancianos y se exagerasen sus edades*".[135]

---

[132] Para este apartado retome sustancialmente el esquema y contenido que presenta Diego Gracia, Cfr. Histona de la vejez, en Gafo, J., *Ética y ancianidad* pp 15-25

[133] Cfr. Idem p 17

[134] En las culturas Inca y Azteca los ancianos eran tratados con mucha consideración la atención a ellos era vista como una responsabilidad pública de acuerdo a las leyes establecidas o en base a los atributos que poseyesen tales como: conocimiento, experiencia, destrezas, poder para hacer magia, funciones religiosas y control de la propiedad o de la familia. Eran glorificados en leyendas y fábulas y sus atributos eran idolatrados en recuentos mitológicos (El Dios Huehuetéotl era un viejo).

[135] Cabrillo Francisco, et al; *La revolución gris* p 45. De esto el pueblo Judío nos ha dejado un testimonio valiosísimo. No sólo de la exageración en las edades que alcanzaban sus ancianos (Desde Adán hasta Noé: entre 800 y 1000 años; desde Sem hasta Abraham: 400 y 500 años; en el periodo de los

De los servicios informativos de la sagrada escritura. Sólo es preciso señalar que el cristianismo primitivo no fue una religión gerontocrática. En los Evangelios el papel de los ancianos pierde importancia.

"El paradigma cristiano es el de un joven, no el de un anciano. Jesús de Nazaret inicia su vida pública los 30 años y muere siendo muy joven".[136]

El cristianismo necesitará a los jóvenes para cambiar el orden de las cosas y tendrá la tentación de asumir con facilidad la perspectiva griega en torno a los ancianos.

Pronto la juventud empieza a ganar terreno y a decaer la valoración positiva de la vejez. Es un paradigma propio de la cultura griega clásica.

4.1.1.2 En la cultura griega clásica: el viejo como enfermo

En la Grecia clásica el anciano deja de desempeñar el papel excepcional que tuvo en las culturas primitivas. Al idealizar la belleza, la fuerza y la juventud, los griegos relegaban a los ancianos. La vejez y la muerte eran los dos más implacables e inevitables males de la vida. El carácter imperdonable de la vejez era visto como un castigo. En las tragedias griegas, la vejez se concebía maldita y patética; ridícula y repulsiva en las comedias, y contradictoria y ambigua en la visión de los filósofos.[137]

Por otro lado, en el mundo de los romanos, los ancianos tenían un papel esencial, al menos en cuanto a la toma de decisiones se refería. El derecho les concedía una autoridad muy particular en la figura del "pater familias" (el jefe absoluto que ejercía derechos sobre todos los miembros de la familia con una autoridad sin límites). Lamentablemente, esto fue perjudicial: cuantos más poderes les confería la ley, más despreciados eran por las nuevas generaciones. Con la caída del sistema oligárquico los privilegios políticos de los ancianos disminuyeron.[138]

Los datos demuestran que en estas culturas, sobre todo en la griega, se dio un corrimiento de la estimación social hacia la juventud. El joven quien se halla en la cima de la vida, es el hombre perfecto. El viejo ya no importa mucho, porque se le considera un sujeto enfermo, en decadencia, en la fase de corrupción.

Damos un gran salto en la historia. ¿Qué pasa en los demás siglos? sin duda hay periodos en los que la vejez es valorada positivamente, pero prevalece la ambivalencia en torno a los ancianos, sin que mejoren sus circunstancias y estima social. Pronto irá acrecentándose el problema de los viejos pobres y mendigos, solos y desamparados, sobre todo a partir del acontecimiento histórico de la revolución industrial.

---

patriarcas: entre 100 y 200 años) resultado seguramente de la influencia de las leyendas babilónicas en los acontecimientos bíblicos, sino sobre todo del lugar que acopaban los ancianos en el destino del pueblo.

136 Gracia, Diego. Op. Cit. p 17.

137 Cfr. Sánchez, Carmen. *La intimidad y el secreto médico,* p 26, Platón, como todos los griegos piensa que la plenitud de logos no la tiene más que el joven. Por eso en su República los gobernantes no son los más viejos, sino los más perfectos, que son hombres maduros pero no ancianos. Tiene un texto tremendo en que dice "la enfermedad es una vejez prematura, y la vejez una enfermedad permanente". Ideas semejantes promovía Aristóteles. Para él la salud física y la capacidad corporal plena son indispensables para la práctica de la sabiduría y ni siquiera la experiencia de los ancianos constituye un elemento positivo, ya que el espíritu está sometido a la vejez exactamente igual que el cuerpo. Por algo recomendaba prudencia al elegirlos para los cargos públicos. Cfr. Gracia, Diego. Op. Cit. pp 18-22

138 Cfr. Cabrilo, Francisco y Cachafeiro, Ma. Luisa. Op. Cit. pp 46-19

4.1.1.3 En el mundo moderno: el viejo como jubilado

Continuando con la propuesta de Diego Gracia, entendemos por mundo moderno el que aparece con la Revolución Industrial: acontecimiento histórico sobresaliente que provocó cambios sustanciales en todos los niveles, sobre todo en la forma de vida de los hombres, y que modificó la vida y el papel de los ancianos fuertemente.

Uno de los grandes fenómenos que trajo consigo la Revolución Industrial fue el "Urbanismo". En la sociedad patriarcal y agrícola los ancianos estaban situados en una posición ventajosa: se les reconocía autoridad y prestigio, eran dueños de los medios de producción; sus hijos trabajaban para ellos y constituían su seguro de vejez; la experiencia de los mayores era válida y útil hasta su muerte. En cambio, cuando el anciano abandona el campo; el hijo se marcha, o padres e hijos tienen en la ciudad distintos oficios y adquieren conocimientos por medios diferentes a la tradición oral, sube el coste del anciano en la familia; los viejos comienzan a ser desatendidos o abandonados, etc.[139]

También dos fenómenos, fruto del sistema burocrático del Estado, han modificado la forma de percibir y de tratar a los ancianos; la jubilación y las pensiones de la jubilación. El Estado, que se propugna como defensor de todos, especialmente de los más desprotegidos, retira a los ancianos de su trabajo y los mantiene con una pensión, que la mayoría de las veces está por abajo del salario que percibían en plena actividad laboral.

Y cada persona experimentará la jubilación de distinta manera. Para algunos significará descanso, para otros separación, para otros apertura a nuevos horizontes, en fin, el contexto personal y social influirá decididamente en la forma de afrontar esta nueva etapa, que sin lugar a dudas es una etapa de crisis para la mayoría, tanto así que algunos la llaman "muerte social".

Más adelante profundizaremos este concepto, ya que es clave fundamental para entender el modo como nuestra sociedad enfoca el problema de la ancianidad.

He retomado algunos aspectos sobresalientes de la historia, comprobando que es el medio socio-cultural el que crea la imagen de los ancianos a partir de valores e ideales que persisten en cada época. En el mundo occidental la valoración de este grupo etáreo no es del todo agradable: desprecios, estereotipos y ambigüedades de una sociedad orientada básicamente hacia la juventud. ¿Prevalece esta situación en la actualidad? ¿Se envejece de igual modo hoy que ayer?

4.1.2 La nueva situación de los ancianos en los países desarrollados

El desarrollo, en sus distintas facetas, ha traído beneficios para las sociedades que se involucraron en dinámicas de progresos con el fin de obtener un mejor nivel de vida, potenciando las capacidades humanas y empleando los avances de la ciencia y de la técnica a favor de las actividades del hombre. Sin olvidar, por supuesto, la otra cara de la moneda, pues el desarrollo también ha traído consecuencias desastrosas para la humanidad e innumerables contradicciones que hoy todavía permanecen. Obviamente esto varía en cada nación y el éxito o fracaso depende de la conjugación y equilibrio de una serie de factores, que es imposible enumerar aquí. Sólo ponemos atención en uno que nos interesa: el "factor demográfico".

No hace mucho que los problemas del aumento de la población llamaron la atención de quienes rigen los destinos de las naciones. Análisis sociológico, políticas demográficas, control de la

[139] Cfr. Idem. pp 56-57.

natalidad, etc., siguen siendo signos de ese despertar de conciencia, hoy más que nunca, pues hemos superado los 6,950 millones de habitantes en el planeta. Y aunque es un problema serio el aumento global de la población, la diferenciación por edades reclama una atención especial.

En efecto, desde hace tres décadas, en las sociedades desarrolladas se ha iniciado un proceso de transición demográfica en el que sobresale un fenómeno preocupante: "el envejecimiento de la población". En muchas regiones del mundo los progresos en el control de la mortalidad perinatal e infantil, la disminución de la tasa de natalidad, el aumento de la esperanza de vida, el mejoramiento en la alimentación y en la atención sanitaria básica y el control de muchas enfermedades infecciosas, han ocasionado una proporción mayor de personas que llegan a etapas avanzadas de la vida. No se están alcanzando edades superiores a las que haya llegado el ser humano (mayor longevidad), sino que son más las personas que llegan a edades avanzadas.

De acuerdo a los especialistas en demografía, el fenómeno es propio de las sociedades más desarrolladas, con altos índices de industrialización y urbanización, de tal modo que, por ejemplo, al continente Europeo algunos lo llaman no el "viejo" sino "el envejecido" continente[140]

Enseguida señalo algunos aspectos cuantitativos y cualitativos de la realidad social de la ancianidad y el envejecimiento en este tipo de sociedades.

4.1.2.1 Aspectos demográficos[141]

Existen varias maneras de medir el envejecimiento de la población, sin embargo, el índice más comúnmente utilizado es la proporción de la población que tiene 65 años o más.[142] Y una proporción de un 10% o más de este grupo de población indica la presencia de una estructura de edad vieja.[143]

El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado en la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Viena, ha orientado el pensamiento y la acción sobre el envejecimiento durante los últimos 20 años, mientras se han ido plasmando iniciativas y políticas de importancia crucial. Las cuestiones relacionadas con los derechos humanos de las personas de edad se abordaron en la formulación, en 1991, de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, en los que se proporcionaba la orientación en las esferas de la independencia, la participación, los cuidados, la realización personal y la dignidad.

En el siglo XX se produjo una revolución de la longevidad. La esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950 y llega ahora a 66 años, y se prevé que para 2050 haya aumentado 10 años más. Este triunfo demográfico y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XX significan que el número de personas de más de 60 años, que era de alrededor de 600 millones en el año 2000, llegará a casi 2,000 millones en el 2050, mientras que se proyecta un incremento mundial de la proporción del grupo de población definido como personas de edad del 10% en 1998 al 15% en 2025.

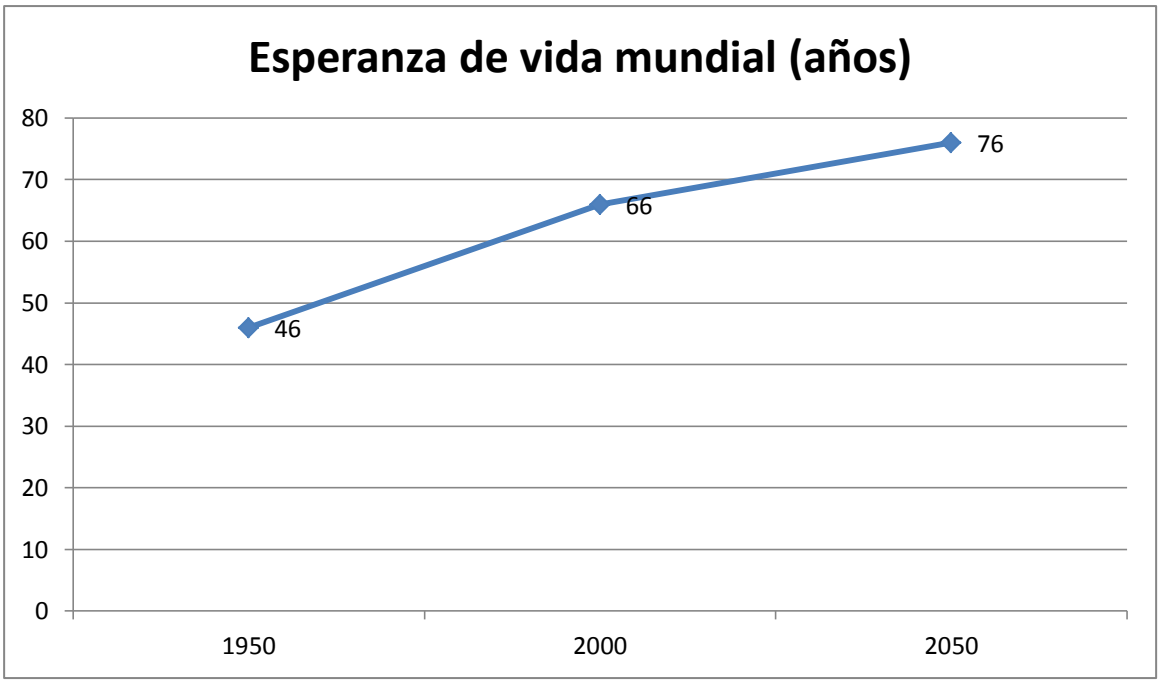
---

140 "Para la sociología uno de los elementos estructurales que mejor muestra el dinamismo de los procesos de, modernización y de cambio social en las sociedades desarrolladas es el que corresponde a la estructura de la población en su fase de transición demográfica, que es el proceso mediante el cual una población pasa de altas a tasa de mortalidad y de natalidad a bajas tasas de mortalidad y natalidad". Juárez, Miguel. *Procesos de modernización y* servidos *socioculturales para la tercera edad de España.* p 415.

141 Naciones Unidas frente al Envejecimiento. Plan de Acción Internacional de España 2002, y otras asambleas mundiales conexas

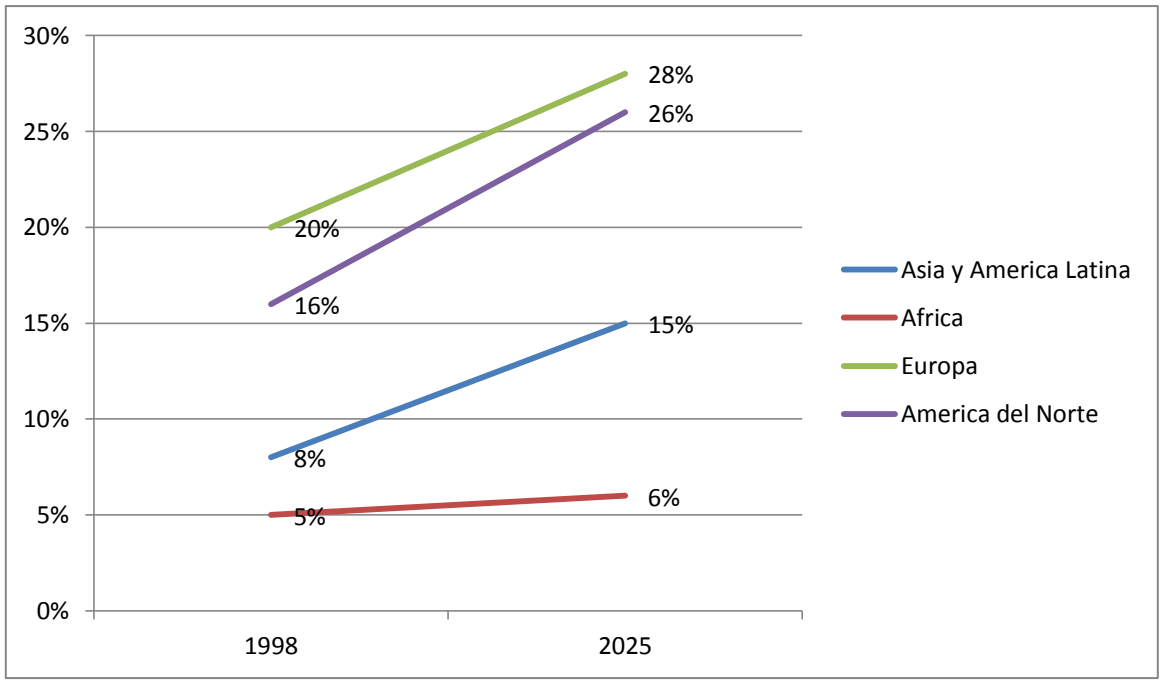
142 Edad social determinada claramente en las sociedades industriales avanzadas; delimitación cronológica que se hace posible por la influencia de la vida del trabajo. Cfr. Lizaola, Mónica. *Lo difícil de ser anciano.* Justicia y Paz p 21. La autora presenta brevemente la concepción del envejecimiento que tiene la sociedad norteamericana contemporánea.

143 Cfr. Carnivali, Judith, Aspectos demográficos de la población de edad avanzada p 47



Ese aumento será más notable y más rápido en los países en desarrollo, en los que se prevé que la población de edad se cuadruplicará en los próximos 50 años.

En Asia y América Latina, la proporción del grupo clasificado como personas de edad aumentará del 8% al 15% entre 1998 y 2025, mientras que en África se prevé que esa proporción aumente sólo del 5% al 6% durante ese periodo, y que después se duplique para el año 2050. En el África subsahariana, donde se sigue luchando contra la pandemia del VIH/SIDA y las dificultades económicas y sociales, el porcentaje llegará a la mitad de ese nivel. En Europa y América del Norte, entre 1998 y 2025 la proporción de población clasificada como personas de edad aumentará del 20% al 28% y del 16% al 26%, respectivamente. Una transformación demográfica mundial de este tipo tiene profundas consecuencias para cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional. Todas las facetas de la humanidad (sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas y espirituales) experimentarán una evolución.



Estimación del aumento proporcional de adultos mayores en el mundo.

La notable transición demográfica que se está produciendo hará que para mediados de siglo los porcentajes de la población mundial correspondientes a viejos y jóvenes sean iguales. Según se prevé, el porcentaje de las personas de 60 y más años en todo el mundo se duplicará entre el año 2000 y el 2050 y pasará del 10% al 21%; se proyecta, en cambio, que el porcentaje Correspondiente a los niños se reducirá en un tercio y pasara del 30% al 21%. En algunos países desarrollados y con economías en transición el número de personas de edad supera ya al de los y las tasas de natalidad han descendido por debajo del nivel de reemplazo. En algunos países desarrollados, el número de personas de edad para el año 2050 será más del doble que el de los niños. (Se espera que en los países desarrollados el valor medio de 71 hombres por cada 100 mujeres aumente a 78. En las regiones menos desarrolladas, las mujeres de edad no superan en número a los hombres de edad en la misma medida que en las regiones desarrolladas, ya que las diferencias de señero en cuanto a esperanza de vida suelen ser menores. Actualmente, la proporción media en los países en desarrollo es de 88 hombres por cada 100 mujeres entre las personas de 60 años y más, y se proyecta un ligero cambio de esa cifra, que bajará a 87 para mediados de siglo.

El envejecimiento de la población pasará a ser una cuestión de primordial importancia en los países en desarrollo que, según se proyecta, envejecerán rápidamente en la primera mitad del siglo XXI. Este cambio demográfico plantea un problema importante en materia de recursos. Aunque los países desarrollados han podido envejecer gradualmente, se enfrentan a problemas resultantes de la relación entre el envejecimiento y el desempleo y la sostenibilidad de los sistemas de pensiones, mientras que los países en desarrollo afrontan el problema de un desarrollo simultáneo con el envejecimiento de la población.

Los países desarrollados y los países en desarrollo presentan otras importantes diferencias demográficas. Mientras que en los países desarrollados la inmensa mayoría de personas de edad vive en zonas clasificadas como urbanas, la mayoría de personas de edad de los países en desarrollo vive hoy en zonas rurales. Las proyecciones demográficas indican que para el año 2025 el 82% de la población de los países desarrollados vivirá en zonas urbanas, mientras que menos de la mitad de la población de los países en desarrollo vivirá en ellas. En los países en desarrollo hay una mayor

proporción de personas de edad en las zonas rurales que en las zonas urbanas. Aunque es necesario seguir estudiando la relación entre el envejecimiento y la urbanización, las tendencias indican que en el futuro habrá en las zonas rurales de muchos países en desarrollo una mayor población de personas de edad.

Existen también diferencias significativas entre los países desarrollados y los países en desarrollo en cuanto a los tipos de hogares en que viven las personas de edad. En los países en desarrollo una gran proporción de las personas de edad vive en hogares multigeneracionales. Esas diferencias suponen que las medidas de política serán distintas en los países en desarrollo y los países desarrollados.

El grupo de personas de edad que crece más rápidamente es el de los más ancianos, es decir que tienen 80 años de edad o más. En el año 2000, su número llegaba a 70 millones, y proyecta que en los próximos 50 años esa cifra aumentará más de cinco veces.
Las mujeres de edad superan a los hombres de edad, y cada vez más a medida que la edad aumenta. La formulación de políticas sobre la situación de las mujeres de edad debería ser una prioridad en todas partes. Reconocer los efectos diferenciales del envejecimiento en las mujeres y los hombres es esencial para lograr la plena igualdad entre mujeres y hombres y para formular medidas eficaces y eficientes para hacer frente al problema. Por consiguiente, es decisivo lograr la integración de una perspectiva de género en todas las políticas, programas y leyes.

Es indispensable integrar el proceso del envejecimiento mundial, que está en curso de evolución, en el .proceso más amplio del desarrollo. Las políticas sobre el envejecimiento deben ser examinadas cuidadosamente desde una perspectiva de desarrollo que incluya el hecho de la mayor duración de la vida y con un punto de vista que abarque toda la sociedad, tomando en cuenta las recientes iniciativas mundiales y los principios orientadores establecidos en importantes conferencias y reuniones en la cumbre de las Naciones Unidas.

El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002, requiere cambios de las actitudes, las políticas y las prácticas a todos los niveles y en todos los sectores, para que puedan concretarse las enormes posibilidades que brinda el envejecimiento en el siglo XXI. Muchas personas de edad envejecen con seguridad y dignidad y también potencian su propia capacidad para participar en el marco de sus familias y comunidades. El objetivo del Plan de Acción consiste en garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos. Sin dejar de reconocer que los cimientos de una ancianidad sana y enriquecedora se ponen en una etapa temprana de la vida, el objeto del Plan es ofrecer un instrumento práctico para ayudar a los encargados de la formulación de políticas a considerar las prioridades básicas asociadas con el envejecimiento de los individuos y de las poblaciones. Se reconocen las características comunes del envejecimiento y los problemas que presenta y se formulan recomendaciones concretas adaptables a las muy diversas circunstancias de cada país. En el Plan se toman en cuenta las muchas etapas diferentes del desarrollo y las transiciones que están teniendo lugar en diversas regiones, así como la interdependencia de todos los países en la presente época de globalización.

El concepto de una sociedad para todas las edades, formulado como tema del Año Internacional de las Personas de Edad, que se celebró en 1999, tenía cuatro dimensiones:

- el desarrollo individual durante toda la vida;
- las relaciones multigeneracionales;
- la relación mutua entre el envejecimiento de la población y el desarrollo;
- y la situación de las personas de edad.

El Año Internacional contribuyó a promover la conciencia de esos problemas, así como la investigación y la acción en materia de políticas, en todo el mundo, inclusión hecha de los esfuerzos por incorporar las cuestiones relacionadas con el envejecimiento a las actividades de todos los sectores y promover oportunidades relativas a todas las fases de la vida.

En las principales conferencias y reuniones en la cumbre de las Naciones Unidas, los períodos extraordinario de sesiones de la Asamblea General y los procesos de seguimiento y examen se han fijado metas, objetivos y compromisos a todos los niveles con el fin de mejorar las condiciones económicas y sociales de todos. Ello establece el contexto en que deben situarse las contribuciones e inquietudes concretas de las personas de edad. Aplicar sus disposiciones permitiría a las personas de edad contribuir plenamente al desarrollo y beneficiarse de él en condiciones de igualdad. En todo el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, 2002 se plantean varios temas centrales que están vinculados a esas metas, objetivos y compromisos, entre ellos:

La plena realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas de edad.

El envejecimiento en condiciones de seguridad, lo que entraña reafirmar el objetivo de la eliminación de la pobreza en la vejez sobre la base de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.

La habilitación de las personas de edad para que participen plena y eficazmente en la vida económica, política y social de sus sociedades, incluso mediante trabajo remunerado o voluntario.

Las oportunidades de desarrollo, realización personal y bienestar del individuo en todo el curso de su vida, incluso a una edad avanzada, por ejemplo, mediante la posibilidad de acceso al aprendizaje durante toda la vida y la participación en la comunidad, al tiempo que se reconoce que las personas de edad no constituyen un grupo homogéneo.

La garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, así como de sus derechos civiles y políticos, y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación contra las personas de edad.

El compromiso de reafirmar la igualdad de los sexos en las personas de edad, entre otras cosas, mediante la eliminación de la discriminación por motivos de sexo.
El reconocimiento de la importancia decisiva que tienen para el desarrollo social las familias y la interdependencia, la solidaridad y la reciprocidad entre las generaciones.
La atención de la salud, el apoyo y la protección social de las personas de edad, incluidos cuidados de la salud preventivos y de rehabilitación.

La promoción de una asociación entre el gobierno, a todos sus niveles, la sociedad civil, el sector privado y las propias personas de edad en el proceso de transformar el Plan de Acción en medidas prácticas.

La utilización de las investigaciones y los conocimientos científicos y el aprovechamiento del potencial de la tecnología para considerar, entre otras cosas, las consecuencias individuales, sociales y sanitarias del envejecimiento, en particular en los países en desarrollo.

El reconocimiento de la situación de las personas de edad pertenecientes a poblaciones indígenas, sus circunstancias singulares y la necesidad de encontrar medios de que tengan una voz eficaz en las decisiones que les afectan directamente.

La promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluido el derecho al desarrollo, es esencial para la creación de una sociedad incluyente para todas las edades, en que las personas de edad participen plenamente y sin discriminación y en condiciones de igualdad. La lucha contra la discriminación por motivos de edad y la promoción de la dignidad de las personas de edad es fundamental para asegurar el respeto que esas personas merecen. La promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales es importante para lograr una sociedad para todas las edades. Para ello, la relación mutua entre las generaciones debe cultivarse, acentuarse y alentarse mediante un diálogo amplio y eficaz.

Las recomendaciones para la adopción de medidas se organizan con arreglo a tres orientaciones prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; fomentar la salud y el bienestar hasta llegada la vejez; y crear entornos propicios y favorables. El grado de seguridad de que gocen las personas de edad en sus vidas depende muy considerablemente de los progresos que se hagan en esas tres direcciones. Las orientaciones prioritarias tienen por objeto guiar la formulación y aplicación de políticas hacia el objetivo concreto del ajuste con éxito a un mundo que envejece, y en el que el éxito se mida en función del mejoramiento de la calidad de la vida de las personas de edad y de la sustentabilidad de los diversos sistemas -tanto estructurados como no estructurados- en que se funda el bienestar de que se goce en todo el curso de la vida.

Es indispensable incorporar la cuestión del envejecimiento a los programas mundiales. Hace falta un esfuerzo concertado para adoptar un enfoque amplio y equitativo en materia de integración de políticas. La tarea por realizar es vincular el envejecimiento con otros marcos del desarrollo social y económico y con los derechos humanos. Si bien las políticas concretas han de variar según los países y regiones, el envejecimiento de la población es una fuerza universal y tiene tanto poder para moldear el futuro como la mundialización. Es indispensable reconocer la capacidad de las personas de edad para hacer aportes a la sociedad no sólo tomando la iniciativa para su propio mejoramiento sino también para el perfeccionamiento de la sociedad en su conjunto. Un pensamiento progresista reclama que aprovechemos el potencial de la población que envejece como base del desarrollo futuro.

En México, los adultos mayores han aumentado considerablemente en los últimos años. De representar en la década de los 40 alrededor del 5.5% de la población, para 1996 aumenta al 6.4% y se estima que para el año 2020 cubrirán en 11.6% de la población nacional.

El total de adultos mayores de 60 años que actualmente habitan en México es de alrededor de 10 millones, lo cual equivale al total de la población del estado de Jalisco. De la misma manera se estima que para el año 2020 la población mayor de 60 años ascenderá a 14.5 millones, es decir, 75% de la población que habitaba en todo el país en 1940 o casi el doble de la población que vive en el Distrito Federal en la actualidad. Existe un predominio de mujeres en la población mayor de 60, en 1950 representaban el 52% del total y para el año 2020 se estima aumentará al 55%.

En gran medida este incremento de la población mayor se asocia con el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población. El aumento de la esperanza de vida al nacer se relaciona directamente con el aumento de la población mayor. En 1950, la esperanza de vida al nacer en México era de 49.9 años y ésta aumentó a 70.6 hasta 1990, estimado que llegará a 76.5 en el año 2020.[144]

[144] Ante el aumento inminente de la población envejecida en el mundo, se llevó a cabo en Viena (1982) la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento son el fin de tratar los problemas vinculados al envejecimiento de la población. De ahí surgió un Pían de Acción Internacional, que en el n.13 advierte a los países desarrollados: *"El logro del desarrollo continuo exige un equilibrio adecuado entre los factores sociales, económicos y ambientales y los cambios en el crecimiento, distribución y estructura de la población. Los países deberán reconocer y tener en cuenta sus tendencias demográficas y los cambios de estructura de su población a fin de optimizar su desarrollo"*. Cfr. O.N.U. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento p 16.

En los países miembros del Consejo de Europa, donde más se acusa el envejecimiento de la población, el porcentaje de personas con edades superiores a los 65 años representa el 12.7% del total de la población, variando de acuerdo a los niveles de desarrollo de cada nación.[145]

Por supuesto que las causas y consecuencias del envejecimiento poblacional no son idénticas en todos los países. Como hemos señalado anteriormente, mucho tienen que ver las variables demográficas de fecundidad,[146] mortalidad y migración, pues todas afectan considerablemente la estructura de edad de la población. Aunque el sector de los ancianos no es un grupo homogéneo, pues sus peculiaridades demográficas cambian constantemente, se establecen ciertas características particulares que permanecen: es un sector donde hay una cantidad mayor de mujeres que de varones, de personas viudas (también mayormente del sexo femenino), de analfabetas; además, los movimientos migratorios de este grupo son menores y menor es también su participación social.

Del impacto que tienen las personas de edad avanzada en la sociedad hablaremos a continuación, destacando los problemas básicos que se han generado en las sociedades que experimentan profundos y constantes cambios en toda su estructura.

4.1.2.2 Seguridad social

La actuación de la seguridad social en sus distintas instituciones ha tenido un gran impacto en el mejoramiento de la salud y el bienestar de la sociedad mexicana, pero en algunos aspectos, como es el caso de la protección a la vejez, ha sido incompleto. Oficialmente se otorgan jubilaciones de retiro en razón de la disminución de la capacidad para el trabajo y otro tipo de pensiones. Sin embargo:

- Más de la mitad de la población económicamente activa en México no está afiliada a alguna institución que le permita jubilarse (sobre todo los grupos más débiles que no cotizan para las instituciones: desempleados, trabajadores rurales, indígenas y del sector informal).
- Además, las pensiones que otorga la seguridad social han sido insuficientes para cubrir las necesidades básicas. Este recurso muchas veces es el principal ingreso no sólo del adulto mayor, sino que también el de su familia.
- Falta de orientación e información legal que le permita a los adultos mayores defender su derecho a una pensión.

Esto indica que desde el punto de vista distributivo, la estructura de la seguridad social en nuestro país tiene serias deficiencias aparte, ha experimentado insuficiencias de recursos y déficit económico que minan su capacidad de respuesta. Disposiciones gubernamentales como el establecimiento de las "AFORES", son medidas que pretenden que el sistema de seguridad social sea más justo y más equitativo. Al menos eso es lo que teóricamente se pretende.
Garantizar la supervivencia y el cuidado de las personas que no están en condiciones de trabajar, sea por su avanzada edad o por problemas de salud física o mental, ha sido uno de los cometidos más importantes de los sistemas públicos de protección social desde el inicio del siglo XX. Es más, en algunos países los primeros beneficios sociales otorgados a los ciudadanos fueron las pensiones de vejez y de invalidez por causas laborales.

---

145 Mientras Suecia y Reino Unido ofrecen porcentajes del 17.7% y 15.3%, Turquía presenta una proporción de población anciana del 4.1%. Cfr. Hernández, Gerardo, *Demografía del envejecimiento* pp 363-375

146 Según un informe de la Unión Europea (1993), en los países de la Unión, las tasas de fecundidad están en su punto más bajo desde que comenzaron a registrarse hace 36 años. Las mujeres de esos países tienen como promedio 1.48 hijos, en comparación con 1.82 en 1980. De acuerdo a informaciones periodísticas, en Italia, donde la tasa de fecundidad es de 1.26, el Gobierno está considerando la posibilidad de dar incentivos a las mujeres para que tengan mayor número de hijos. Cfr. Rathnasabapathy, Senthil. *Materia gris* p 8.

Actualmente la cuestión de la seguridad económica de las y los adultos mayores se está convirtiendo en un problema social de primer orden en México no sólo por razones éticas y de solidaridad sino por que concierne a un número creciente de personas. El problema principal de la protección social de los adultos mayores en México es, sin duda, la restringida cobertura de los sistemas de pensiones -sólo el 30% de los adultos mayores cuenta con ella- y su dependencia de la relación laboral formal. A ello se añade la ausencia de programas orientadas a proveer servicios de cuidado y apoyo a esta parte de la población. La sociedad mexicana no ha asumido una nueva realidad que requiere de soluciones colectivas y públicas. Ni las familias ni el mercado pueden enfrentar exitosamente la creación de condiciones seguras y dignas que permitan a los adultos mayores disfrutar de sus últimos años de vida.

La reforma del IMSS de 1995 no atacó el problema social que un sistema de pensiones debería resolver porque no incluye ningún mecanismo para ampliar la cobertura poblacional de jubilación. Antes al contrario, los nuevos requisitos de cotización para jubilarse y mantener el derecho a los servicios médicos hacen suponer que una proporción menor de los adultos mayores contarán con estos beneficios y servicios en el futuro. Fue esencialmente una reforma para poner en manos de los grandes grupos financieros los inmensos fondos públicos de pensiones.

Ante este panorama cabe preguntar ¿existe otra alternativa o estamos obligados a aceptar, en nombre del realismo pragmático, la tragedia de millones y millones de ciudadanos y ciudadanas? La respuesta es no. Hay otros caminos y son transitables. Es impostergable abrir el debate sobre estas alternativas no sólo por la urgencia de paliar la penuria de los viejos hoy, sino también porque el correr del tiempo fortalece a los dueños del nuevo sistema y debilita a la sociedad frente a ellos.

Si el principal problema en este ámbito es la desprotección social de la mayoría de los adultos mayores, la solución no puede ser otra que cubrir de nuevos beneficios a todo este grupo. Tenemos que plantear como punto de llegada el derecho ciudadano a una pensión universal. Y sería posible hacerlo hoy sin alterar mayormente las finanzas públicas. El costo para la nación de otorgarles una pensión de un salario mínimo a todos los y las ciudadanos mayores de 65 años sería el 1.16 por ciento del PIB, o sea, aproximadamente lo que erogamos para financiar el costo de transición de la privatización del actual sistema de pensiones del IMSS. Si se decidiera pensionar inicialmente a los mayores de 70 años el costo sería el 0.73 por ciento del PIB. Para no alterar estos porcentajes respecto a producto nacional se necesitaría crecer alrededor del 4 por ciento anualmente lo que es razonable.

Estos cálculos sirven para ejemplificar que no hay sólo una alternativa posible, la actual, y otras imposibles, como sería la pensión universal ciudadana, sino que la opción depende de cuáles son las prioridades. Si se considera que las finanzas del país aguantan el costo de transición también soportarían la alternativa de la pensión universal.

Hay un abismo de eficacia social entre una y otra alternativa gastando lo mismo. El actual sistema de pensiones permitirá asegurar una pensión de aproximadamente un salario mínimo a una cuarta parte de los adultos mayores mientras que la pensión universal lo garantizaría a todos y estamos hablando de porcentajes del PIB que cabrían perfectamente dentro de los márgenes de posibilidad de un país con el desarrollo de México. **Falta voluntad política, no recursos.**

Las inversiones públicas para garantizar los derechos sociales, no deben ser dádivas del gobierno, sino una obligación que se debe cumplir. Se debe acabar con el sistema de focalización que es discriminatorio y que condiciona su ingreso y permanencia. Debe establecerse mecanismos que garanticen efectivamente la defensa, exigibilidad y cumplimiento de cada derecho.

Una reforma de la reforma del sistema de pensiones sería, en principio, posible sin un cambio radical en la política económica. Sin embargo, va en contra de las prioridades y concepciones del proyecto neoliberal y enfrentaría, por ello, una correlación de fuerzas política desfavorable que tendría que cambiarse con la construcción de una alianza social amplia. Requeriría además para estabilizarse, al igual que el actual sistema, el crecimiento del empleo y del salario así como una reforma fiscal progresiva. De allí se deducen dos cuestiones claves.

La primera es que es obligado cambiar la concepción sobre cómo generar el bienestar que pasa, necesariamente, por una política activa de generación de empleo y protección e incremento del ingreso. Sin embargo, esto no es suficiente si no va acompañado de una política social de reconstrucción de las instituciones públicas de protección social. En las condiciones de México, combatir la desigualdad e inequidad pasa por convertir la solución de los grandes problemas sociales en la primera prioridad nacional. Este es, en el sentido más preciso, el interés general de la sociedad por encima de la multitud de intereses particulares.

Hay una amplísima literatura científica que demuestra que las políticas universalistas instrumentadas por instituciones públicas tienen una eficacia social mucho mayor que las políticas de mercado complementadas con políticas selectivas de asistencia social. Pero no sólo son más eficaces en términos del cumplimiento de los propósitos de bienestar social sino son al mismo tiempo más eficientes en términos económicos.
El ejemplo más célebre de los magros resultados sociales y los altos costos de las políticas sociales neoliberales son los EUA que tienen los porcentajes más altos de pobreza de los países desarrollados con 19 por ciento contra 6.7 por ciento en Suecia; entre los niños con 25 por ciento contra 3.0 por ciento en Suecia; entre las familias monoparentales con 59 por ciento contra 5 por ciento en Suecia; y entre los adultos mayores con 19.6 contra 6.4 por ciento en Suecia.

La reforma alternativa del sistema de pensiones tendría como características básicas: una pensión universal combinada con una pensión proporcional pero no equivalente por contribuciones; un instituto público de pensiones para darle una orientación solidaria al sistema y orientar la inversión de sus fondos con criterios sociales y productivos; y un sistema de financiamiento mixto fiscal y por contribuciones. Los tiempos de esta reforma tendrían que acotarse de tal manera que se pueda transitar sin una presión excesiva sobre las finanzas públicas.

El derecho a la jubilación significa que todo ciudadano y ciudadana de determinada edad, por ejemplo a partir de los 65 años o inicialmente de los 70 años, recibiría una pensión de un salario mínimo haya o no aportado a un fondo de pensiones. Esta proposición se sustenta en que, con poquísimas excepciones, toda la gente, hombres y mujeres, han contribuido a la sociedad independientemente de haber tenido una relación laboral formal. El mejor ejemplo son las mujeres que con su trabajo garantizan tareas indispensables sin costo alguno para la sociedad. Es de justicia elemental que la sociedad les proporcione cierta seguridad económica durante su vejez. Otro ejemplo son los campesinos y jornaleros que, por problemas ajenos a ellos, no están cubiertos por el seguro social pero no pueden considerarse, en absoluto, un grupo ocioso o improductivo.

Es además previsible que una proporción importante de la población económicamente activa sea excluida de la posibilidad de tener un empleo estable con seguro social como prestación laboral. En este caso no es social y éticamente admisible que los costos de los problemas estructurales de la economía sean pagados por los individuos que son las víctimas de esta situación.

Por otra parte todos pagamos impuestos, aunque sólo sea a través del IVA y a todos los mexicanos nos corresponde una parte de los impuestos sobre bienes nacionales como es, por ejemplo, el petróleo. Es efectivamente necesario desligar los beneficios sociales de la relación laboral pero,

contrario a la posición de los neo-reformadores de responsabilizar individualmente a la gente de su pago, habría que tomar el presente como la ocasión para universalizar el acceso a ellos.

El subsistema de pensión contributiva sería un sistema de reparto, o sea pagaría las pensiones de un fondo común. La jubilación derivada de las contribuciones se añadiría a la pensión universal y sería proporcional pero no necesariamente equivalente a éstas. Es decir serían manejadas con criterios redistribuidos para fortalecer la solidaridad entre los trabajadores. Con este sistema nadie perdería respecto al sistema actual que, según los cálculos actuariales, arrojaría un porcentaje muy bajo sobre el último salario y la mayoría de los trabajadores no alcanzaría más un salario mínimo. Todos tendrían el salario mínimo y los contribuyentes directos una suma adicional.

La administración de todo el ciclo pensionario recaudación, inversión de fondos y pago del pensiones estaría a cargo de un instituto nacional descentralizado de pensiones lo que reduciría gastos de operación del sistema que actualmente es de 20-25%.

Esta proposición alternativa es, como se puede observar, factible y no entraña mayores costos fiscales y más riesgos imponderables que el actual sistema. Tiene en cambio una eficacia social mucho mayor y cumple con el anhelo de garantizar a todos y todas una vejez menos precaria.

El Gobierno del Distrito Federal y la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (iniciadas y comandadas desde diciembre del 97 por el PRD),[147] han demostrado en los hechos que es posible empezar a dar una respuesta institucional y pública al problema social de la inseguridad económica y médica de los adultos mayores. Para tal efecto diseñaron El *"Programa de Apoyo Alimentario y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores"* del Gobierno del Distrito Federal que está conceptuado como el primer paso para instituir una *Pensión Universal Ciudadana.* [148] Las restricciones presupuestales del GDF así como sus limitadas facultades de recaudar impuestos locales no permiten alcanzar inmediatamente este objetivo final. Sin embargo, con este programa nuevo y prioritario el gobierno busca apoyar económicamente y con servicios médicos y medicamentos a los adultos mayores de 70 años, actualmente se redujo la edad para obtener el beneficio a 68 años. El programa tiene además el propósito de dar visibilidad social a este vacío fundamental de la política social mexicana que es la restricción de la pensión por edad a la población asegurada. Con ello se busca impulsar un debate nacional sobre la necesidad de adoptar una política nacional respecto a este problema.

En el DF hay cerca de 500 mil personas que tienen 70 años o más y dos tercios son mujeres. El ingreso promedio de este grupo es cercano a un salario mínimo pese a que más del 40% recibe una pensión de seguridad social. Estos bajos ingresos los obliga a depender de sus parientes que en su mayoría también tienen serias restricciones económicas. Los adultos mayores sufren además con alta frecuencia padecimientos crónicos lo que explica que su gasto promedio mensual en compra de medicamentos es de 900 pesos.[149]

La Secretaria de Salud del Distrito Federal es responsable del programa porque es la única institución social lo suficientemente sólida como para poder operar un programa que abarca a centenares de miles de personas y por su componente de servicios médicos y medicamentos gratuitos.

---

147 Que suplieron al Departamento del Distrito Federal y la Asamblea de Representantes del Distrito Federal respectivamente en virtud de un nuevo decreto publicado el 22 de agosto de 1996 en el Diario Oficial, y que modifica el artículo 122 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

148 Por medio de la Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 22 de mayo de 2006

149 II Conteo de Población y Vivienda 2005, INEGI

Por razones presupuestales el programa se dirige inicialmente en el año 2001 a 250,000 adultos con 70 años o más que residen permanentemente en el Distrito Federal desde hace al menos tres años. Los recursos del programa provienen de los ahorros obtenidos con el Plan de Austeridad Republicana del Gobierno del Distrito Federal[150] y en ese año se cuenta con 1,290 millones de pesos para el apoyo alimentario y 50 millones de pesos para los medicamentos gratuitos, actualmente se destinan 5,101 millones de pesos.

El programa inició con 150 mil personas beneficiadas en marzo de 2001, para diciembre del 2007, la Pensión Alimentaria contaba ya con 416,472 derechohabientes. Para septiembre del 2008 asciende a 422,500 adultos mayores, en marzo de 2009 son 431 mil, para el año 2010 se tiene un padrón de 454,971 y en julio de 2011 a 10 años de iniciado el programa llega a 473 mil beneficiarios que gozan del beneficio económico de la pensión alimentaria.

Actualmente se tiene una cobertura del 94.7% de los adultos mayores que se estima existen en el Distrito Federal, de los cuales 80% son mujeres, muchas de las cuales por primera vez en la vida reciben un ingreso fijo. Se estima un 3.3% que no tiene la pensión se debe a que no la solicitan, la rechazan, o que por su alto nivel socioeconómico, el personal se ve impedido para tener acceso o contacto con dichos adultos mayores.

150 El Plan de Austeridad Republicana que ha implementado el GDF tiene como punto de partida la idea de que es inconcebible "un gobierno rico, con un pueblo pobre". Así, ha iniciado la reorientación del gasto público restando privilegios a los altos funcionarios, haciendo más eficiente el uso de recursos públicos.

A través de este Plan:

- Se eliminan los gastos de representación, se reorganizan las oficinas de gobierno.
- Se reducen salarios a altos funcionarios, lo cual significará un ahorro al final de año de más de 2 mil millones de pesos que se destinarán íntegramente a programas de desarrollo social.
- Se disminuyeron en un 15% en términos reales los salarios de los Servidores Públicos de alto nivel, lo que significa un ahorro al semestre de 16 millones 560 mil pesos.
- Se eliminaron los gastos de representación con una economía de 3 millones de pesos.
- Se redujeron asesores, secretarios particulares, coordinadores administrativos, escoltas y áreas de Comunicación Social, además de secretarios privados, con ahorros permanentes al mes de junio de 37 millones de pesos.
- Los gastos de publicidad del Gobierno disminuyeron en más del 50%. El ahorro al semestre fue de 297 millones y medio de pesos.
- Se generó un ahorro de 56 millones y medio de pesos al periodo por concepto de líneas telefónicas y restricción al acceso de larga distancia en más de 2 mil de ellas, aunado a la disminución del consumo de energía eléctrica, producto del ajuste de los horarios laborales.
- La meta de reducir el 10% en arrendamiento de bienes inmuebles se superó al ahorrar más de 12 millones de pesos al semestre al optimizar los espacios de almacenes y oficinas.
- La reducción del gasto en viáticos y pasajes ha sido del orden de 4 millones 150 mil pesos.

Delegación	Hombre	Mujeres	Total
Álvaro Obregón	13,445	21,831	35,276
Azcapotzalco	10,672	17,755	28,427
Benito Juárez	9,122	19,527	28,649
Coyoacán	15,394	25,524	40,918
Cuajimalpa	2,183	3,356	5,539
Cuauhtémoc	11,816	21,799	33,615
Gustavo A. Madero	29,830	46,291	76,121
Iztacalco	10,319	16,019	26,338
Iztapalapa	29,983	44,981	74,964
Magdalena Contreras	4,209	6,816	11,025
Miguel Hidalgo	7,462	14,321	21,783
Milpa Alta	2,100	2,592	4,692
Tláhuac	4,787	6,915	11,702
Tlalpan	10,544	16,757	27,301
Venustiano Carranza	11,095	18,643	29,738
Xochimilco	7,012	10,260	17,272
Total	**179,973**	**293,387**	**473,360**

Derechohabientes de la pensión alimentaria por delegación y género, julio 2011

En marzo de 2011 con un evento en el Auditorio Nacional se cumplieron 10 años no solo de este programa sino de toda una política social que es la más amplia, la más profunda y la más consistente de todo México, a través de la cual se demuestra que es mediante el apoyo a los sectores vulnerables como se construye comunidad y ciudadanía y se puede evitar la violencia y la injusticia.

El monto de la pensión se incrementa año con año de acuerdo con el aumento al salario mínimo. En 2001 inició con 600 pesos mensuales y actualmente es de 897.30 pesos, situación que permite mantener el nivel adquisitivo de la población derechohabiente de acuerdo en la inflación.[151]

La selección de los beneficiarios se hizo utilizando el método de "focalización territorial" que disminuye al máximo la discrecionalidad, todos que viven en una demarcación tienen derecho de ser incluidos, es el más justo, tiene efectos muy cercanos a los programas universales; y reduce sensiblemente los costos administrativos al no trabajar estudios socioeconómicos individuales. Se incluyeron así a los adultos mayores que habitan en las Unidades Territoriales (UT) del Distrito Federal clasificadas como de muy alta, alta y media marginación.

Para construir el padrón inicial de beneficiarios se hizo un censo con vistas domiciliarias de verificación y se detectaron 160 mil personas elegibles que recibieron en marzo de 2001 una tarjeta electrónica para comprar alimentos por una cantidad de 600 pesos mensuales y medicamentos gratuitos. Posteriormente se continuó con las UT´s de segunda prioridad añadiendo 44 mil personas en junio. La última ampliación suma al programa a los adultos mayores de los "bolsones de pobreza" en el resto de las UT´s y a los nuevos inscritos con la trabajadora social en los Centros de Salud del DF distribuidos en toda la ciudad para alcanzar 250 mil personas en octubre de 2001, el

[151] Instituto para la Atención a los Adultos Mayores en el Distrito Federal, IAAM-DF

79% del universo. El objetivo es cubrir a todos los adultos mayores de 68 años antes de terminar el actual sexenio.

Los beneficiarios del programa reciben gratuitamente los medicamentos del cuadro geriátrico en los 210 Centros de Salud del GDF. Con esta finalidad se ha instrumentado en éstos un programa de atención integral para los adultos mayores que les garantice la consulta cerca de su domicilio, en un horario especial, con un tiempo de espera corto y trato cálido así como la prescripción adecuada de los medicamentos e información sobre su uso seguro. A través de este componente del programa se trabaja activamente con los adultos mayores para incorporarlos a actividades grupales de promoción de la salud y de control de los padecimientos crónicos. A partir de julio de 2006 reciben además servicios y medicamentos gratuitos en la red de hospitales del GDF.

Así mismo en 2009 dio inicio el programa "Ángel", bajo la premisa de acercar los servicios de salud a todos los capitalinos, principalmente a los que menos tienen, el Gobierno del Distrito Federal lleva a cabo el Programa de Atención Médica y Entrega de Medicamentos a Domicilio, acción innovadora, pionera en su tipo, en la que unen esfuerzos diversas dependencias de la administración capitalina, encabezadas por la Secretaría de Salud del DF.

Esta importante acción, dirigida a quienes viven en zonas catalogadas como de alta y muy alta marginación, beneficiará a 2 millones 164 mil 941 personas que residen en estos lugares, donde habitan más de 70 mil adultos mayores y cerca de 30 mil discapacitados.

Este programa forma parte del eje central de trabajo de la Secretaría de Salud del DF: otorgar servicios y medicamentos gratuitos a todos los capitalinos que no cuenten con algún tipo de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Pemex o ISSFAM [Secretaria de la Defensa Nacional]).

Las educadoras comunitarias y promotores de la salud de la SSDF, recorren las zonas de alta marginación para detectar a los enfermos con padecimientos como diabetes e hipertensión; a los adultos mayores, discapacitados y mujeres embarazadas que requieren atención médica y medicinas pero que, por su estado de salud, no pueden acudir a un hospital o centro de salud para recibirlas.

Posteriormente, médicos y enfermeras acuden hasta el domicilio para brindar la atención y entregar los medicamentos, previa receta entregada.

Sus metas son:

- Se otorgaran hasta 8 mil consultas domiciliarias al mes
- Durante 2011 se entregará 2 millones de cajas de medicina en los hogares de los enfermos
- Además, se instalarán más de 270 módulos de atención médica en los que se brindarán hasta 90 mil consultas mensuales.

Con acciones complementarias

- Orientación en caso de adicciones
- Difusión de programas de salud
- Afiliación al Servicio de Atención Médica y Medicamentos Gratuitos
- Entrega del Carnet de Salud

Así mismo el programa incluye la entrega de una canasta nutricional a las mujeres embarazadas que residen en las zonas de alta marginación, a partir de su primera visita médica y para el control del embarazo.

Contiene alimentos ricos en:

- Ácido Fólico (1 kilo de lentejas, 500 gramos de cereal fortificado de maíz)
- Calcio (245 gramos de sardinas y 325 gramos de leche en polvo)
- Hierro (1 kilo de frijol)
- Vitamina C (1 litro de jugo de tomate y 1 de naranja)
- Proteína (4 latas de 170 gramos de atún)
- Carbohidratos (1 kilo de arroz)

El programa tiene una supervisión permanente. Las educadoras de la secretaría tienen bajo su responsabilidad un número predeterminado de beneficiarios y los visitan bimestralmente.

En un discurso dictado el 15 de marzo de 2011 en el Auditorio Nacional con motivo de una década del inicio de este programa, Marcelo Ebrard enuncio "*En la Ciudad de México apoyamos a más adultos mayores que el total de habitantes de varias capitales de estados de la República*", recalcó y dijo que con eso queda demostrado que sí se puede, sí se debe y es posible invertir los recursos públicos con el objetivo de construir una sociedad justa y "*donde todos y todas tengamos nuestro lugar, tengamos dignidad y no estemos olvidados*".

El Consejo de Adultos Mayores de la Ciudad, las organizaciones de adultos mayores y los 1,352 Comités Vecinales ejercerán una contraloría social sobre el programa vigilando su correcta aplicación y transparencia. Tendrán acceso a los convenios suscritos por el GDF y los beneficiarios donde están plasmados los derechos y obligaciones de ambas partes.

a) Centros de Atención Integral.
   Se proporcionan servicios médicos especializados en geriatría, acupuntura, audiología, dermatología, gastroenterología, ginecología, odontología, oftalmología, optometría, ortopedia, otorrinolaringología, psicología, reumatología, ultrasonografía, así como en rayos X, estudios de laboratorio y gabinete. Esta atención se brinda a través de sus 4 centros de Atención integral ubicados en la ciudad de México.
   Una de las principales ventajas de los centros de Atención Integral es que todos los adultos mayores reciben atención, sin importar que sean derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
   Además, no tienen que hacer cita, excepto para los servicios de ultrasonido, rayos X y análisis clínicos. Son atendidos conforme llegan y el tiempo de estancia en el centro es de 45 minutos, aproximadamente. Al llegar los pacientes se les practica un examen general, se elabora su diagnóstico y posteriormente se les canaliza a la especialidad correspondiente, a partir de ese momento se inicia un seguimiento médico personalizado.

b) Clubes de la Tercera Edad.
   Funcionan 4 mil 607 en el interior de la república y 113 en el Distrito Federal, en los que se atienden a personas de 60 años y más, quienes realizan actividades sociales, educativas, culturales, artísticas, recreativas, deportivas y productivas en talleres de manualidades, artesanías y oficios, con lo que se fomenta su organización e intervención en la solución de sus problemas, además de propiciar su permanencia en la comunidad.

c) Centros Culturales.
Operan 4 en el Distrito Federal y su objetivo es brindar actividades académicas de formación complementaria y otras opciones para incrementar el nivel cultural de los asistentes, al proporcionarles materias de formación humanística, disciplinas pedagógicas e idiomas.

d) Educación para la Salud.
Con acciones preventivas se imparten seminarios, cursos, pláticas y se proporcionan alternativas y consejos para el sano envejecimiento.

e) Cartilla Nacional de Salud para Adultos Mayores
Permite llevar un minucioso registro del esquema básico de prevención *y* control de las enfermedades más frecuentes en la Gente Grande. Este documento se entrega a las personas que asisten a consulta médica u odontológica en los Centros de Atención Integral.

f) Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre.
Se capacite a los adultos mayores en la producción de diferentes artículos, que al ser comercializados les generan un ingreso y propician la ocupación de su tiempo libre.

g) Centro de Capacitación en Cómputo.
El 11 de abril del 2002 se iniciaron las actividades en el Centro de Cómputo "Emma Godoy", de donde han egresado más de 600 adultos mayores, quienes se han capacitado en el manejo del programa Office e internet, lo cual los acerca a una posibilidad de empleo.

h) Departamento de Asesoría Jurídica.
Proporciona apoyo gratuito, orientación jurídica, gestoría administrativa y representación legal ante los tribunales a las personas de 60 años y más que enfrentan problemas legales.
Este servicio también se ofrece en los 4 Centros de Atención Integral, así como en las Delegaciones y Subdelegaciones del INAPAM en cada entidad federativa.

i) Programa de Empleo para Adultos Mayores.
El INAPAM trabaja en el Eje Estratégico de Empleo, para reincorporar a los adultos mayores a la planta productiva instrumentó el programa de Empleo para Adultos Mayores, a fin de que cuenten con los ingresos necesarios para una vida digna. Para tal efecto, mantiene una concertación permanente con empresas e instituciones para ofertar fuentes de trabajo a este grupo social de acuerdo a sus características y necesidades.
Se cuenta con un padrón de 800 empresas y particulares que se han comprometido a ofrecer más de 8 mil plazas a los adultos mayores.

j) Tercera Llamada.
Para otorgar apoyos financieros, y asesoría a los adultos mayores de escasos recursos con iniciativas productivas viables, el INAPAM constituyó el fondo Tercera Llamada "Mi palabra vale por tres".
Esta es una acción conjunta de las Secretarías de Desarrollo Social (SEDESOL) y de Economía, a través del Fondo Nacional para el Apoyo a Empresas Sociales (FONES) y el propio INAPAM, por medio del cual se otorgan préstamos de entre 500 y 5 mil pesos, para que los adultos mayores inicien o refuercen sus negocios o "changarros", convirtiéndose en una alternativa de autoempleo. Por el momento, Tercera Llamada sólo opera en el Distrito Federal.

Quienes deseen conocer las oportunidades laborales o los pormenores para recibir apoyos económicos, deberán acudir a cualquiera de los 4 centros de Atención Integral del INAPAM o la Coordinación de Programas de Apoyo.

k) El INAPAM va a tu barrio.
A través de unidades móviles ofrece los servicios de afiliación, asistencia jurídica, consultas médica y odontológica a las personas de 60 años o más que no pueden acudir a los centros de Atención Integral, ya sea por su lejanía o por su condición física. Estas unidades visitan regularmente colonias y zonas marginadas, las cuales son programadas de acuerdo a los requerimientos que presentan al Instituto representantes o líderes vecinales.

i) Programa de Atención a la Salud y el Envejecimiento en el ISSSTE.
Se promoverá a través del programa del envejecimiento exitoso, que la atención a la salud el buen envejecimiento se otorgue con un trato gentil, de calidad y con sentido de equidad.

Se privilegiará la atención con enfoque de riesgo, de prevención, rehabilitación y de fomento a la salud total, de manera sistematizada, con la participación activa de los viejos, la familia y la comunidad, en coordinación con instancias institucionales y organizaciones no gubernamentales y gremiales. Una visión holística.

Se intensificará la participación de las redes sociales formales e informales para contribuir en una actitud solidaria a mejorar la calidad de vida de los viejos y en particular para los de mayor riesgo.

Se promoverá la integración de la información demográfica, epidemiológica y de factores de riesgo específica del viejo para la elaboración del diagnóstico de salud en los niveles regional, delegacional y operativo.

Se promoverá a través de fomento a la salud, estilos de vida favorables entre el individuo, la familia y la comunidad para lograr que el concepto del "buen envejecimiento" sea una realidad. Se fomentará la creatividad para que, el personal de salud involucrado en este programa tenga la oportunidad de proponer acciones innovadoras en base a su experiencia y de acuerdo a las necesidades de la población.

Se realizarán actividades de fomento a la salud, que tengan como propósito alcanzar "una cultura para el buen envejecer", respetando sus valores culturales y tradicionales.

4.1.2.3 Jubilación

Otro de los fantasmas que ensombrecen al adulto mayor en la actualidad es el de la jubilación. México es uno de los tres únicos países en el mundo que permitían que un trabajador se jubile antes de los 50 años de edad. Los otros dos son China, que establece edad de jubilación de 45 años “para quienes realicen trabajos arduos o insalubres” y Burundi, en África, en donde la expectativa de vida al nacer es de 50 años.

Del estudio titulado “La Seguridad Social en el Mundo”, de Benjamín González Roaro, (que sirve como base a la Comisión de Salud del Senado para analizar una posible reforma al sistema de pensiones de México) se puede concluir que nuestro país se encuentra al margen de la ola reformadora de los sistemas de pensiones que inunda los cinco continentes del planeta.

En México, los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) pueden jubilarse a los 27 años de servicio si son mujeres y a los 28 si son hombres. Así, una empleada que haya ingresado al Instituto a los 18 años de edad, podría jubilarse con el 100 por ciento de sus ingresos como pensión (porcentaje que casi siempre es rebasado) a los 45 años de edad, a pesar de que la expectativa de vida al nacer es de 75 años y va en ascenso.

En cambio, de acuerdo con el estudio citado, que tiene una extensión de 510 cuartillas, en el país africano, Burundi, un empleado, hombre o mujer, se puede jubilar a los 45 años de edad, sólo "si trabaja bajo condiciones tensas y arduas"; y a los 50, "si prematuramente ha envejecido". El resto de los trabajadores se jubila a los 55.

Otro país de ese continente, Ghana, tiene la edad de jubilación en 60 años, y establece la posibilidad de reducirla hasta 55, sólo que "el trabajo sea en minas subterráneas, fábricas de acero, u otro empleo peligroso".

Ruanda y Gabón establecen la edad mínima en 50 años, "si prematuramente han envejecido"; y Sudáfrica le otorga esa prerrogativa "a los veteranos de guerra". En todos estos países africanos, la expectativa de vida al nacer es de 50 años.

En ningún otro país del mundo, salvo México, China y Burundi, se permite que un trabajador se jubile antes de los 50 años de edad. El promedio de edad de jubilación a nivel internacional es de 60 años, aunque hay algunos países, como Italia, Haití, El Salvador, Ecuador, Cuba, Colombia (mujeres) y Venezuela, que tienen la edad de jubilación mínima a los 55 años. Nicaragua y Panamá la tienen a los 57.

En la última década, se ha presentado en el mundo una corriente reformadora de los sistemas de pensiones que hasta el momento ha tocado a nueve países de América Latina, 10 de Europa, cuatro de África y ocho de Asia-Oceanía. En todos ellos, la tendencia es la misma: aumentar la edad de jubilación y las cotizaciones, para hacer viables financieramente los sistemas de pensiones.

En Antillas Holandesas, la Ley del Seguro Médico fue reformada en octubre del 2000, para incluir a los trabajadores retirados mayores de 60 años y sus familiares. Se aumentaron las primas de seguros y cotizaciones. Los patrones aportarán 10 por ciento en lugar del 8.3 por ciento, y empleados y gobierno 3.8 en lugar de 2.1 por ciento.

Brasil, encabezado por un gobierno de izquierda, realizó una reforma profunda concretada en el 2003, basada principalmente en incrementar progresivamente la edad de jubilación, de los 55 a los 60 años.

En Chile fueron creados los fondos secundarios en las Administradoras de Fondos de Pensiones a partir de marzo del 2000, para los miembros de más edad que buscan inversiones estables. El gobierno propone un nuevo seguro de cesantía, conforme al cual los empleados abonarán cotizaciones a cuentas individuales.

El Salvador estableció un aumento gradual de las tasas de cotización en el sistema público y el privado. El incremento será del 11 por ciento (5.5 del empleado y 5.5 del patrón) al 14 por ciento en el año 2000. En el privado, será de 7.5 por ciento (5.5 patrón y 2 por ciento empleado) al 10.25 por ciento en el 2002.

En Alemania, a partir del 2001, la edad límite en el caso de una discapacidad grave se incrementó gradualmente de 60 a 63 años. En Austria, a partir del 2001 se cobrará una cotización por cada

visita a consulta externa del hospital. Los recursos serán usados para mejorar el tratamiento hospitalario y el tratamiento ambulatorio.

Grecia incrementó la edad de jubilación a 60 años en el caso de las mujeres y 65 en el caso de los hombres. Irlanda estableció un Fondo Nacional de Reserva de Pensiones y desde 2001 hasta el 2055, se pagarán cuotas trimestrales equivalente al uno por ciento del PIB.

Burundi, el país africano, aumentó la tasa global de cotización pagadera a la Mutualidad de la Función Pública a partir del primero de enero de 1999. Ahora, el trabajador paga 4 por ciento en lugar del 3 por ciento y el patrón 6 por ciento en lugar del 4.5 por ciento.

Chad aumentó la edad de jubilación, aumentaron los montos de cotización, y se modificó la fórmula de cálculo de la pensión.

Venezuela dio marcha atrás a su reforma, ya que en 1998 había contemplado introducir un sistema de pensiones basado en cuentas individuales, pero en enero del 2000, ya con Hugo Chávez en el poder, el gobierno aprobó un presupuesto para mantener sin cambios al Instituto Venezolano de Seguros Sociales, "lo que significó dar marcha atrás a la privatización".

En 1996, el gobierno español celebró un convenio con las dos grandes federaciones de trabajadores (CCCOO y UGT) "para la consolidación y racionalización del seguro social. Implica crear un Fondo de Reserva". A partir del 2000, se calculan las pensiones tomando en cuenta los últimos 15 años en lugar de los últimos ocho años, y se facilita la prolongación del trabajo más allá de los 65 años.

En un debate realizado el 23 de marzo de 2004, el presidente de la Comisión de Salud del Senado, Elías Miguel Moreno Brizuela, convocó a "un gran pacto" por la seguridad social al Sindicato del IMSS, al ISSSTE, también está en grave riesgo, al Congreso de la Unión, a los patrones, al gobierno de México, a las organizaciones sociales "y a todos los involucrados".

En aquella ocasión, el senador del PRD señaló: "*Cuando se tomó la decisión de que 52 años fuera el promedio de jubilación para el Seguro Social, corrían los años cuarenta y, en ese entonces, la expectativa de vida de un mexicano era aproximadamente 50 años, pero hoy, gracias al avance de la medicina, de la ingeniería genética y de ramos afines, la expectativa de vida de un mexicano es de 75 años*".

Añadió: "*Es necesario hoy revisar este apartado, no debe de ser un tabú; debemos de ver el tiempo de cotización, el monto de la cotización, la edad de jubilación; pero, todos, debemos hacerlo responsablemente*". El secretario de la Comisión, Miguel Ángel Navarro Quintero, lo secundó: "*Recientemente, el Sindicato del Seguro Social determinó que las nuevas generaciones de trabajadores continuarán con el régimen de jubilaciones y pensiones vigente. ¿Qué quiere decir? Que podrán jubilarse las mujeres después de 27 años de servicio y los hombres después de 28 años de servicio; si hacemos una reflexión por lo expuesto por el senador Moreno Brizuela, ¡no es posible!*"[152]

[152] Periódico La crónica de hoy, Junio de 2004

4.1.2.4 Las pensiones hoy

Una pensión es un salario mensual para el retiro, que el trabajador recibe cuando pierde la capacidad de producir debido a la edad, una enfermedad, un accidente o la muerte (en cuyo caso, el dinero lo cobra su viuda).

A lo largo de su vida productiva, los trabajadores pagan varias clases de impuestos, entre ellos el de la renta, que desde el 2010 les descuenta la tercera parte de sus ingresos, y uno más pequeño (faltaba más) con el que se forma el salario (la pensión) que percibirán cuando se jubilen. Los trabajadores de base de las empresas privadas, o sea los que cuentan con la protección del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), aportan 3.5 por ciento de su salario al fondo de pensiones. Los que checan tarjeta en los relojes del gobierno federal, y están adscritos al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cotizan 6.25 por ciento para su futura pensión.

Año	Pensiones directas[153]				Pensiones a sobrevivientes [154]		
	Invalidez	Vejez	Cesantía	Incapacidad permanente	Viudez	Orfandad	Ascendencia
2000	293,310.00	213,897.00	489,991.00	209,204.00	432,003.00	105,333.00	38,864.00
2001	280,011.00	220,810.00	545,139.00	208,962.00	476,164.00	91,455.00	32,596.00
2002	277,637.00	229,702.00	594,306.00	215,729.00	494,603.00	87,897.00	33,375.00
2003	279,848.00	237,769.00	636,861.00	220,814.00	513,220.00	83,708.00	34,754.00
2004	277,318.00	244,083.00	691,860.00	224,126.00	537,455.00	85,551.00	36,281.00
2005	275,144.00	251,394.00	741,108.00	227,591.00	559,203.00	84,529.00	37,485.00
2006	267,513.00	258,019.00	789,191.00	227,218.00	578,738.00	83,169.00	38,111.00
2007	263,856.00	270,751.00	859,157.00	233,249.00	604,157.00	81,918.00	38,621.00
2008	271,386.00	281,458.00	914,010.00	257,183.00	562,657.00	75,048.00	29,555.00
2009	267,848.00	289,867.00	977,216.00	257,040.00	585,012.00	80,581.00	30,748.00
2010	265,688.00	299,242.00	1,046,498.00	254,195.00	605,451.00	81,293.00	30,517.00

Seguridad social. Pensiones otorgadas en el IMSS según tipo de pensión y ramo de seguro, 2000 a 2010

Fuente: IMSS. Memoria Estadística 2010. www.imss.gob.mx (Consulta: 21 de junio de 2011).

Hace tres o cuatro años, el Congreso estableció que los jubilados (incluso los muertos) también pagarían impuestos, pero la medida no se llevó a la práctica hasta que el "catarrito" del año 2009 (léase, la peor crisis económica de los últimos 80 años) obligó a la caricatura de "gobierno" que todavía encabeza Calderón a dictar medidas para sacarnos la mayor cantidad posible de dinero a los

[153] Pensiones pagadas directamente al asegurado.

[154] Para las pensiones por Viudez, Orfandad y Ascendencia, se refiere a la suma de las pensiones en curso de pago, otorgadas a sobrevivientes de los asegurados por Invalidez y vida, y Riesgos de trabajo.

vivos y a los muertos, con la natural excepción de los vivales (los grandes empresarios) y los vividores (la alta burocracia).

El costo aproximado de todas las pensiones que el "gobierno" paga actualmente asciende a unos 120 mil millones de pesos, cantidad que se desglosa de la siguiente forma, de acuerdo con el artículo 7 del Presupuesto de Egresos de la Federación para 2011: los 2.1 millones de jubilados del IMSS recibirán en conjunto 112,086 millones de pesos, en tanto los 800 mil jubilados del ISSSTE, los 50 mil jubilados de los gobiernos estatales y los 20 mil jubilados del Gobierno del Distrito Federal se beneficiarán de los 281,566 millones de pesos restantes, pero una tajada muy abundante y generosa de esos recursos, cubrirá las desmesuradas pensiones de los jubilados de lujo (ex presidentes de la República, ex magistrados, ex ministros y ex altos funcionarios del Poder Judicial, así como generales, almirantes y otros altos cargos de las fuerzas armadas en retiro) que, a diferencia de los difuntos, no pagan impuestos porque disponen de un sistema de fideicomisos que les permite evadirlos.

Esta es, pues, la nueva realidad de los jubilados mexicanos. Pero, ¿qué les espera a las próximas generaciones de adultos de la tercera edad? En definitiva, nada bueno. Pensando en cómo despojarlos de toda ilusión de descanso, recreo y tranquilidad económica en la vejez, los grandes empresarios y su testaferro, el titular de la "Secretaría del Desempleo y la Desprotección Social" (sic), el guarura personal del magnate metalúrgico Germán Larrea, el privatizador de redes de fibra óptica chilangas, el tenebroso señor del "*coopelas o cuello*", el porro Calderonista de tiempo completo y con aspiraciones (frustradas hasta el momento) a sucederlo, Javier Lozano Alarcón, tiene lista una reforma laboral que desde hace poco mas de un año paso de Los Pinos al Congreso.

Hoy por hoy, existimos alrededor de 15 millones de trabajadores activos que contamos con seguridad social (IMSS, ISSSTE y otros), en tanto 28 millones más, en su mayoría empleados de industrias tan importantes como la automotriz, la farmacéutica y la del turismo, cuyos oficios (vendedores de coches, distribuidores de muestras médicas, comisionistas de agencias de viajes, etcétera) no están regulados por contrato alguno, por tanto no acumulan antigüedad ni tendrán derecho a jubilarse y "disfrutar" (valga la ironía) de una pensión.

Para obtener la jubilación y la pensión correspondiente, un trabajador adscrito al IMSS debe cotizar mil 250 semanas y cumplir 60 años de edad. Quienes giran en la órbita del ISSSTE debemos, si son mujeres, acumular 28 años de servicio, y si son hombres, 30. De un largo tiempo a la fecha, los modernos empresarios han inventado un perverso mecanismo para ahorrar dinero. El ejemplo clásico, es el del muchachito que empieza a trabajar en una firma a los 18 años y cuando 30 años después sopla el pastel de las 48 velitas, pues ya cubrió la mitad del requisito para jubilarse: ya pagó sus 1,250 cuotas semanales. Pero aquí viene lo malo (o lo monstruoso): cuatro años después, cuando el hombre llega a la edad de 52, su patrón lo despide para no tener que pagarle la jubilación.

La reforma laboral que pronto estará en el centro de la atención pública (tal vez en el futbolístico periodo de junio-agosto mientras transcurren la Copa Oro, Copa América, además de los mundiales femenil y juvenil sub 22, 20 y sub 17 [este ultimo en nuestro país] y estemos nuevamente "distraídos" como en octubre de 2009) pretende manejar el outsourcing [155] desconociendo los

[155] El outsourcing o subcontratación es el proceso económico en el cual una empresa determinada, mueve o destina los recursos orientados a cumplir ciertas tareas, a una empresa externa, por medio de un contrato. Esto se da especialmente en el caso de la "*subcontratación* de empresas especializadas. Para ello, pueden contratar sólo al personal, en cuyo caso los recursos los aportará el cliente (instalaciones, hardware y software), o contratar tanto el personal como los recursos. Por ejemplo, una compañía dedicada a las demoliciones puede subcontratar a una empresa dedicada a la evacuación de residuos para la tarea de deshacerse de los escombros de las unidades demolidas, o una empresa de transporte de bienes puede subcontratar a una empresa especializada en la identificación o empaquetación. El término subcontratación según los neoliberales traduce una "mejora en los servicios dentro de una economía en busca de progreso dentro de la apertura económica tratando de ser competentes en el comercio internacional".

Las opiniones en contra de la subcontratación están basada en tres *percepciones económicas* fundamentales:

derechos de los nuevos trabajadores, "precarizar" los contratos de esos 15 millones de trabajadores que hoy cotizan al IMSS, al ISSSTE o a otros. ¿Qué significa precarizar? Que los empresarios podrán desconocer los contratos colectivos de trabajo (he allí los casos de Luz y Fuerza del Centro y de la mina de cobre de Cananea), para que obreros y empleados pierdan su antigüedad y con ella su derecho a la jubilación y a su "pensionsotototota" (sic) de 2 mil o 3 mil pesos mensuales, por supuesto menos 30% de impuesto sobre la renta.

En México la Población Económicamente Activa (PEA) es de 50 millones de mexicanos, de los cuales la mayoría recibe menos de 3 salarios mínimos, mientras el costo de la canasta básica es de 5 salarios mínimos. Se reduce cada vez mas el poder adquisitivo de los salarios que en la actualidad es del 85%. Hay escasez de empleo estable, los pocos que se crean, la gran mayoría son eventuales, precarios, sin prestaciones y seguridad social, con eso, se esta lejos de responder a la demanda de generar mas de un millón de empleos anuales para dar ocupación a los jóvenes que se incorporan a la PEA.

En la realidad mexicana de hoy, a diario se incumple lo dispuesto por la carta magna, las leyes laborales y los convenios internacionales que ha suscrito y ratificado México, puesto que:

1. Se niega la oportunidad a los trabajadores de contar con un empleo estable para aspirar a generar antigüedad que les permita tener acceso a prestaciones legales, contractuales y de seguridad social, al establecer contratos eventuales, por honorarios y contrataciones por medio de empresas terciarias u outsourcing.
2. Se modifican las condiciones de trabajo de manera unilateral por el patrón, en materia de salario, jornadas de trabajo y días de descanso, eliminando con ello la bilateralidad en la relación de trabajo.
3. Se permite el libre despido de los trabajadores, sin observar los procedimientos que la ley laboral establece, pues lo más fácil es separar al trabajador de su empleo aunque no haya justificación alguna para romper con la regla de la estabilidad en el empleo y la existencia de la materia de trabajo.
4. Se da la intromisión del gobierno en los asuntos sindicales para el reconocimiento de sus dirigentes, violentando con ello la libertad sindical, pues un ente ajeno es el que exige tomar nota de la directiva sindical, establecer parámetros en la negociación colectiva e intervenir en la calificación del ejercicio de la huelga.

Este panorama, nos permite constatar una serie de violaciones a los derechos laborales de los trabajadores por parte de los patrones, tribunales laborales y del propio gobierno, al restringirle a los ciudadanos mexicanos el derecho al trabajo digno, a la seguridad social, a un salario remunerador, a

---

- Los trabajadores subcontratados no son empleados pagados de la empresa que de hecho presta el servicio, por lo cual no tienen un incentivo de lealtad hacia ésta.
- Normalmente se contrata a los trabajadores con "contrato de obra", a pesar de que la tarea realizada suele ser continua. Dada la precariedad total producida y el abuso que se suele dar de esta figura contractual, a veces incluso para realizar despidos arbitrarios, es normal la "huida" de los trabajadores si encuentran un empleo de mayor calidad, con lo cual la calidad del servicio se suele resentir.
- La subcontratación (especialmente seguida de la externalización o la deslocalización) elimina puestos de trabajo.

La subcontratación no elimina puestos de trabajo, pero hace menos deseables los puestos que son reemplazados y menos valiosos económicamente los puestos subcontratados. Cuando la subcontratación es paliada con la reconversión de empleos, por ejemplo, algunos de los trabajadores afectados tienen un nivel educativo alto y pueden tener un título universitario y maestría. La reconversión a otro campo puede no ser una opción tras años de estudio y el coste que ello hubiera implicado. También hay pocos incentivos ya que los puestos de trabajo destino pueden ser susceptibles de subcontrata.

La opinión versada a favor de la subcontratación se basa en un sólo objetivo: Abaratar los costos de producción.
Dado que la subcontratación es también una fuente de competencia, permite a las empresas obtener menores costos de producción subcontratando a empresas que ofrezcan la mejor calidad a un menor precio. En particular, la subcontratación bajo licitación permite exhibir y exponer las mejoras de calidad de los productos cuya cadena de producción ha sido descentralizada. Otros medios de subcontratación, como la subcontratación de primera oferta y la subcontratación inmediata (no licitada) pueden mejorar la calidad de los productos, ya que usualmente enlazan con empresas subcontratadas de renombre, pero pueden conducir a un aumento del costo para el consumidor final.

condiciones satisfactorias de empleo, a la libertad sindical y con ello, a la libre sindicalización, de negociación y contratación colectiva y huelga consagrados como parte de las garantías individuales y derechos sociales en los artículos 5, 14, 16, 123 y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

De manera que uno de los objetivos de la pretendida reforma a la Ley Federal de Trabajo, es legalizar las prácticas laborales de los patrones, las autoridades del trabajo y los gobiernos federal y estatales, que evidentemente están fuera de la Constitución, perdiendo de vista la dignidad del trabajador y el valor del trabajo humano.

Por ello preocupa enormemente que el Partido Revolucionario Institucional haya presentado el 10 de marzo de 2011 una iniciativa curiosamente igual (casi una calca) de la que presento el PAN, conocida como *Ley Lozano*, el 18 de marzo de 2010.

Cuyo contenido que va en perjuicio de los trabajadores es:

1. Incorporar el articulo 15Bis para legalizar las empresas outsourcing y establecer nuevas disposiciones referentes a la subcontratación o tercerización de empresas que contratan trabajadores para prestarles servicios a otra, lo que significaría la aparición de un numero indiscriminado de empresas *fantasmas* que pondrán en riesgo las garantías del trabajador para disfrutar del pago de sus derechos generados por su trabajo, la existencia de distintos sindicatos en una misma empresa con diferentes percepciones y el desvanecimiento de la responsabilidad solidaria del patrón contemplado en el articulo 13 de la ley laboral vigente.[156]
2. Adicionar "con la misma naturaleza" al articulo 39, eliminando por completo toda posibilidad de que la existencia de una relación de trabajo este sujeta a la subsistencia de la materia de trabajo, de tal suerte que de prorrogarse un contrato de trabajo cuya naturaleza quedo establecida por tiempo determinado, será con las mimas características del primero, sin ninguna posibilidad de que sea por tiempo indeterminado; rompiéndose con la estabilidad en el empleo.
3. Modificar el articulo 35 y crear los artículos 39-A al 39-F con un nuevo esquema de contratos individuales de trabajo a prueba, de capacitación inicial y por labores discontinuas o por temporada, rompe con la estabilidad en el empleo, al dejar al libre arbitrio de los patrones el otorgarles a sus trabajadores un empleo estable que les permita generar antigüedad para acceder a cualquier prestación legal o contractual, incluso a disfrutar en un futuro de una pensión o jubilación.
4. Crear la fracción VIII del artículo 42 para avalar los efectos del nuevo esquema de contratación individual de trabajo, al reconocer que la existencia o presunción de estos, son una causal para la suspensión temporal del trabajo.
5. Adicionar las fracciones II y VIII del artículo 47 para considerar nuevas causales de despido, incluyendo las faltas "en contra de los clientes del patrón" y "por hostigamiento sexual".
6. Modificar el antepenúltimo y penúltimo párrafo del artículo 47 y crear un último párrafo, con el fin de permitir el libre despido del trabajador, pues le otorga la facultad al patrón de entregarle el aviso de terminación de la relación de trabajo a través de correo certificado.
7. Suprimir el articulo 48 en lo que se refiere al periodo de cuantificación de los salarios vencidos, para fijarlos "hasta por el termino de un año" como máximo, sin derecho a exigir su cobro por todo el tiempo que dure el juicio laboral.

[156] El Artículo 13 de la LFT dicta "No serán considerados intermediarios, sino patrones, las empresas establecidas que contraten trabajos para ejecutarlos con elementos propios suficientes para cumplir las obligaciones que deriven de las relaciones con sus trabajadores. En caso contrario serán solidariamente responsables con los beneficiarios directos de las obras o servicios, por las obligaciones contraídas con los trabajadores"

8. Crear la fracción I-A del artículo 53, a efecto de avalar y justificar sin mayor trámite como causal de terminación de las relaciones de trabajo "la renuncia voluntaria del trabajador" y así consentir el mecanismo ilegal de las renuncias "en blanco".
9. Crear un nuevo párrafo a la fracción III del articulo 25 y al articulo 59, referente a la tareas conexas o complementarias, para permitir la libre fijación de las condiciones individuales de trabajo entre el patrón y el trabajador, sin la intervención sindical, imponiendo al trabajador la realización de cualquier otra actividad, aun y cuando no se contemplada en el catalogo de puestos.
10. Modificar el artículo 373 para imponer a los sindicatos la obligación de ser dictaminados anualmente por un auditor externo en el ejercicio de la administración del patrimonio sindical.
11. Modificar los artículos 513 y 514, a efecto de suprimir las tablas de "enfermedades de trabajo" y "de valuación de incapacidades permanentes", para que la cuantificación de las incapacidades este a cargo de la Secretaria del Trabajo y Previsión Social.
12. Modificar y adicionar el articulo 875 y 878, con el fin de dividir la primera audiencia en dos etapas, una de "conciliación y mediación" y "demanda y excepciones" y, la otra, de "ofrecimiento y admisión de pruebas" que se celebrara en otra fecha, alargándose con ello los juicios y limitando el pago de los salarios caídos a un año.
13. Modificar el artículo 931 que se refiere a la prueba de recuento de los trabajadores, para que solo puedan votar los que se comprendan en un listado de trabajadores sindicalizados que reconozca el patrón.

4.1.2.5 Los principales problemas

Los ancianos van a ser en los próximos años un colectivo muy numeroso. A ello van a contribuir las nuevas formas de vida, la alimentación, los progresos sociales y en general los avances de la ciencia que caracterizan nuestra época. En el mural del año 2000, la esperanza de vida se prologó colectivamente, deparándonos una población jubilada cercana al veinte por ciento. Hace apenas unos cientos de años, el anciano era casi un milagro en una sociedad de jóvenes; hoy, por el contrario, la vejez no es ya un estado excepcional, sino el término normal de gran parte de la población. No se trata de un alargamiento biológico como social: son más los que llegan actualmente a la vejez entendida como sinónimo de decadencia y decrepitud, aunque el término viejo tenga distintas connotaciones dependiendo de cada época o cultura. En Europa hasta hace poco se calificaba de viejos a los que cumplían cuarenta años, los cuarenta años eran la meta que se proponían personas como Rousseau para retirarse y morir; y Dostoievski pensaba que era vulgar vivir con más de cuarenta años; mientras que Goethe o Shakespeare, por su parte, consideraban inmoral amar o cantar después de los treinta años. El progreso ha sido enorme en este aspecto; mientras que en 1789 un hombre era ya viejo a los cuarenta años, y en 1900 la vejez comenzaba sobre los cincuenta años, en 1996 se puede decir que, sobre todo en algunos países, no empieza hasta los setenta y cinco años. Pero lo más importante no es que se haya duplicado la expectativa de vida, sino sobre todo, que ya es posible envejecer con vitalidad y de manera satisfactoria. La vejez puede ser, incluso, un tiempo propicio para el desarrollo, donde se mantengan y hasta se desplieguen ciertas funciones vitales psicológicas, dependiendo no sólo de los aspectos biológicos sino del conjunto de comportamientos de una persona que vive en un medio determinado, con unas formas de vida, y determinadas características psicológicas individuales. Desde, esta perspectiva, se pone el acento no tanto en los aspectos cronológicos como en determinados fenómenos atribuibles a la cultura y al curso individual de la vida.

Esta interesante realidad gerontológica nos ha cogido desprovistos de una red de servicios adecuada, especialmente en algunos países, al misino tiempo que la investigación y docencia desarrollada por gran número de universidades es a todas luces insuficiente. Nuestro país, por

ejemplo, dispone de una red bastante buena de colegios y escuelas infantiles, tiene organizado los estudios de psicología, pediatría o pedagogía, pero las propuestas e iniciativas en gerontología adolecen, en general de improvisación, superficialidad o desconsideración. No se pueden poner en marcha buenos programas de intervención sin una adecuada formación gerontológica y sin la investigación que demanda esta importante realidad social.
La realización de diversas actividades encaminadas a promover la calidad de vida y el bienestar social de las personas de edad avanzada, constituye un punto de referencia obligando en esta Región tanto en la difusión de las estrategias más adecuadas para afrontar los problemas propios de la vejez como en el desarrollo de actitudes positivas en tomo al envejecimiento.

Precisamente por eso escribo este trabajo, para ayudar a cuantos están interesados en el conocimiento del envejecimiento humano. Son todavía demasiados los que se disponen a envejecer con una mentalidad propia del siglo pasado. Los estereotipos y actitudes negativas hacen que la vejez aparezca aún como "*un secreto vergonzoso del cual es indecente hablar*" en palabras de Simone de Beauvoir. La mayoría de las personas viven de espaldas a los problemas de los viejos, porque muchas actitudes públicas se basan todavía en el mito. Pero es social y no biológico el sentido peyorativo que tiene la palabra viejo, como lo demuestra el hecho de que en unas sociedades sean objeto de discriminación mientras que en otras lo fue de promoción. El hecho de considerar a la vez como época del ocio en nuestra cultura, debe entenderse como una auténtica expulsión de una ciudadanía basada en el trabajo. Supone un ocio humillante el no ser ya útil, al no poder disponer de una función social que desempeñar. En estos momentos en que los viejos se encuentran con más salud y energía que nunca en la historia desde el punto de vista fisiológico, se inculca, a veces muy sutilmente, una "mentalidad degenerativa" que tiende a hacer creer a los demás y a las mismas personas mayores que son seres "degenerados", enfermos, "viejos", condenados a vegetar en la soledad o el aburrimiento. Toda la familia, con frecuencia, se hace cómplice; al abuelo se le trata con una benevolencia irónica, convenciéndolo de su decadencia con el fin de que ceda la dirección de sus bienes y se resigne a un papel pasivo. En otros casos se le miente o se recurre a la fuerza.

Si una persona no es todavía anciana, lo mejor que podemos desearle es que pueda llegar a serlo. Si va a recibir o no el tipo de trato que reciben los que ahora son viejos, depende de hasta qué punto la sociedad va a ser capaz de creerse los estereotipos y prejuicios plenamente vigentes en nuestra cultura. Aquellos a los que aún no se les considera viejos tienen que darse cuenta de lo que les espera si dejan que las cosas sigan igual. Deberían saber que su futuro está también comprometido a reaccionar antes que sea demasiado tarde.

Algunas de las ideas que aquí se vierten implican una conmoción radical si de verdad se quiere qué las personas mayores sigan viviendo como seres humanos durante los "largos años de inactividad". Más temprano que tarde la realidad se impondrá a nuestros mitos y prejuicios reclamando medidas drásticas, y dejando al descubierto el carácter embaucador de ciertas "proclamas", la miseria de una cultura de mercaderes y las "trampas" de tantos mandarines que también contribuyen a esa vejez deshumanizada.

Es urgente prepararse para el futuro. Yo reclamo también la complicidad de todos para lograr que la vejez deje de ser la antesala de la muerte y se convierta en una etapa de la vida.

4.1.2.6 Las personas ancianas en una sociedad en cambio

Queremos saber el número de ancianos en el mundo, sus problemas y causas de los mismos, pero no podemos obligar el cómo se han forjado, es decir, cuál ha sido el contexto socio-cultural que les

tocó vivir en sus años de juventud y madurez, y que de alguna manera influye en la visión que tienen ellos de los cambios históricos y sus actitudes ante los mismos.

En las condiciones actuales de la Humanidad, el futuro de la longevidad humana me parece muy oscuro: el hecho concreto es que, en nuestro "ciclo vital", la juventud y la adultez ocupan un tiempo muy reducido en relación con la infancia y la vejez y sus roles en las sociedades humanas. Actualmente, las sociedades humanas no saben qué hacer con el 20 % de mayores de sesenta años que piden jubilación, atención médica y otros servicios que hacen que el presupuesto nacional se desequilibre.

Para retrasar el proceso del envejecimiento, que comienza alrededor de los veinticinco a treinta años de edad, en forma lenta pero evidente hacia los cuarenta años y más, habría que prolongar la juventud y la edad adulta haciendo que la vejez comenzara alrededor de los cien años, pero una vejez sana.

Lo que estoy afirmando se basa en las más recientes investigaciones sobre la intervención de ciertos genes, tal vez una docena, sobre la "capacidad vital" de la especie humana, que aparentemente podría ser de una longevidad individual de ciento cincuenta años. En estos momentos, se está tratando de identificar dos reguladores cronológicos de nuestro ciclo vital que estarían ubicados uno en el cerebro y otro a nivel celular.

La "Agenda Mundial para la Ciencia". 4, Tokio, 1990, pronostica para el año 2050 el control del envejecimiento humano.
Por ejemplo, en la sociedad española (cuyo ritmo de envejecimiento de la población se ha acelerado últimamente y cuyo proceso de cambio es análogo al de muchos países europeos) se reconoce que una gran mayoría de los ancianos de hoy, crecieron en una etapa de su historia en que las condiciones políticas, económicas y culturales no eran las más adecuadas para su bienestar social: emigraron del campo a la ciudad, no pudieron asistir a la escuela y adquirir un cierto nivel cultural y pagaron unos costos mayores por la modernización y el cambio.[157]

Para comprender integralmente la realidad individual y social de los ancianos, es necesario ubicar los cambios de valores que se han generado en una determinada sociedad y de este modo, no solo detectar, el origen de los problemas, sino sobre todo, evaluar los diversos grados de integración socio-cultural de este grupo de edad.[158]

4.1.2.7 ¿Qué significa todo esto para nosotros? ¿Podemos vivir más y mejor?

Controlar el envejecimiento significará aumentar el número de gente viviendo más de sesenta años, es decir, con una esperanza de vida mucho más alta que la actual. Si esto sucede se producirá una catástrofe peor que la crisis económica que estamos viviendo. Para poder realizar estos proyectos, que son lógicos y posibles, habría que hacerlos con una Humanidad que dispusiera de: buena calidad de vida; bienestar social y económico; ambiente ecológico sano y estable; educación dirigida a la formación del individuo como tal (conocimiento de sí mismo); programas preventivos de salud y no sólo de atención médica curativa. Se puede, pero es difícil lograr esto para todos.

---

[157] Cfr. Juárez, Miguel. Sociedad española y personas ancianas ante el siglo XXI. en Gafo, J. Op. Cit. p 62. España comparte alguno de esos problemas con Italia: Cfr. Ardigò, Achille. La condizione anziana nelle società sviluppate: emergenti problema morali e socio-sanilari, en C. Romano-G. Grassani *Bioética.* pp 247-260; Caretta, Flavia. *Verso una società di anzíani:* camillianum pp 95-107

[158] Para Miguel Juárez, la sociedad neotecnológica experimenta un cambio de actitudes y valores en tres niveles básico: a) las estructuras mentales; b) la forma de vida y de comportamientos respecto a las costumbres, la percepción del medio y las normas éticas o morales, y c) la normalización legal de lo anterior. La sociedad actual no se preocupa tanto por los valores de la supervivencia cuanto por los valores de calidad de vida, el medio ambiente, la cultura, el ocio, la autoestima, el arte y la belleza. Cfr. Juárez, Miguel. *Sociedad española*... Op. Cit. pp 48-50

Yo pienso que es absolutamente necesario salvar a la especie humana de las contradicciones en que hoy vive; la contradicción mayor es el conflicto entre la biología humana y la economía social. La estructura de las sociedades humanas y la estructura del sistema de producción social crean los riesgos mayores para la salud y la vida de los seres humanos: riesgos ecológicos, riesgos biológicos, riesgos mentales, riesgos genéticos, riesgos ambientales. La prolongación de la vida humana parece ser un hecho cierto dentro de un período de veinte a cincuenta años en que se obtendrá el control de los genes de la regulación cronológica de nuestro ciclo vital"; pero para poder mantenerse económicamente, tendrá que asegurarse la manutención no solo de la vida nuestra sino también de nuestra salud y de la actividad productiva humana para poder evitar la quiebra del sistema social. Existen, por tanto, contradicciones muy serías entre lo biológico-mental y lo económico-social, contradicciones que hay que resolver previamente a las intervenciones de orden genético o simultáneamente.

No hace mucho tiempo atrás, en 1978, el doctor H. Mahler, que era el director general de la OMS expresaba su opinión a la "Asamblea Mundial de la Salud", en Ginebra, "¿qué hacer para abrir los ojos de todo el mundo sobre el estado escandaloso de la salud de la Humanidad y sobre las inmensas posibilidades que existen para remediar esta situación que es eminentemente educativa? Las necesidades sociales y de salud han llegado a un límite de insatisfacción intolerable tanto en los países desarrollados como en los menos desarrollados, el resultado ha sido la detención del descenso de la mortalidad en todo el mundo y la declaración de ineficacia de la OMS frente a la situación actual.

¿Cuáles son las posibilidades de acción frente a esta situación tan grave para la Humanidad?

Yo pienso que hay tres caminos posibles:

- El primero es el de la educación fundada en el conocimiento del Homo Sapiens Sapiens y de sus sociedades;
- El segundo es el conocimiento de la genética humana y de su intervención en nuestro ciclo vital; y
- El tercer camino es el identificar, en cada ambiente de vida social, los riesgos que existen, y que se están produciendo constantemente en el ambiente sociocultural.

Se trata, entonces, de resolver problemas que son muy completos y multidisciplinarios. Probablemente, la genética de la especie humana constituye el problema más complejo que se debe resolver. Sin embargo, el conocimiento de la genética molecular nos ha proporcionado ya el acceso a los genes específicos que buscamos y a las proteínas que los codifican. La transferencia en los cromosomas de un animal, o de una planta, permiten la introducción de moléculas de ADN a los genes codificados, por nuevos rasgos genéticos, que serán transmitidos de generación en generación.

Las mayores experiencias en estas transferencias se han realizado en animales. Los animales llamados transgénicos resultan de una combinación de "operación de microcirugía" de los genes y de técnicas de embriología. Hasta ahora, la mayoría de estas, experiencias se refieren a la terapia génica o más bien, a perspectivas de una terapia genética, experimentando con peces, pollo, conejos, porcinos, ovinos, bovinos, etc.

Los objetivos de estas experiencias, se han referido a transformaciones en los genes inducidos para producir inmunidad o una resistencia a los parásitos, a los virus, etc., o para ciertos metabolismos, utilizando ciertos organismos como fermentadores vivos que sintetizan proteínas de alto valor agregadas a la sangre circulante o a la lecha en producción, o también para “humanizar" células u órganos para trasplantas en el hombre.

El éxito en estas manipulaciones no siempre se logra, porque las dificultades de estos experimentos son muchas, debido a la complejidad del "genoma" de los seres vivos o bien a la intervención de varios genes en la biosíntesis, o a la participación de hormonas combinadas con los genes del envejecimiento. Por ejemplo, las hormonas del timo juegan un rol capital en el crecimiento y en el desarrollo del sistema inmunitario individual, pero entre los veinticinco y cuarenta años la timosina deja de producirse y el timo mismo reduce su masa y desaparece. Los estudios muestran que el timo es un regulador del envejecimiento y que su regresión en la edad media de la vida, marca el declive de la capacidad inmunitaria del organismo; estaría también relacionado con la producción de linfocitos T y con las reacciones "anti-yo" que se suelen presentar en la senescencia.

Es posible que en el siglo XXI, se haya analizado el sistema de reparación del ADN: los estudios están programados para dar resultados concretos en veinte años más, lo cual significa que conoceremos cómo funciona el sistema de reparación del ADN; las mayores posibilidades de éxito parecen ser los trabajos de laboratorio que se realizan con el DHEA (dehidroepiandrosterona) que es una hormona natural que aparece ligada al sistema HLA y que, en las ratas, neutraliza la autoinmunidad, protege al ADN, y prolonga la longevidad. La DHA está en nuestra sangre en concentraciones mayores que cualquier otra hormona pero desciende progresivamente después de los veinticinco a treinta años.

El complejo neuroendocrino está representado, orgánicamente, por el hipotálamo (cerebro) y por varias glándulas endocrinas (hipófisis, suprarrenales, timo, tiroides) que están siendo investigadas porque son productoras de sustancias encéfalo-reactivas que sirven de tratamiento en las alteraciones neurológicas y psíquicas de la senescencia. Esta ligazón puede estar en relación con las reacciones psicológicas del individuo frente a su proceso de envejecimiento. La desadaptación mental en la edad senil está muy relacionada con la involución orgánica y con los modos de vida del anciano: el problema mayor del anciano no es añadir más y más años a su vida sino llenar de vida activa la última etapa de su ciclo vital, manteniéndose sano.

A.V. Everitt y colaboradores presentaron el resultado de sus trabajos en "Hipotálamo, Hipófisis, Pituitaria y Envejecimiento", en el cual el rol de la hipófisis, como regulador cronológico del envejecimiento, se hace evidente. Los trabajos de laboratorio con hormonas hipofisarias, inoculadas en las ratas, retardan el envejecimiento, mejoran las funciones del ADN, y mantienen las funciones del sistema inmunitario HLA.[159]

Los estudios sobre los sistemas cerebrales han mostrado que ellos pueden regenerarse y si son trasplantados. Estos estudios de laboratorio tratan de conocer la plasticidad del Sistema Nervioso Central y sus tejidos cerebrales con el objetivo de permitir injertos, trasplantes de cerebro.[160]

El paso más decisivo para el conocimiento del proceso de envejecimiento humano es descubrir el mecanismo de la regulación biológica a través de los genes: en el plazo de quince años esto será una realidad en el sentido de que podremos regular nosotros el envejecimiento individual, extendiendo la longevidad media y la longevidad máxima. Los progresos de la biología fundamental y de la neurobiología y de la genética permitirán en el siglo XXI, un retraso bastante grande de la vejez que permita ampliar, dentro del ciclo vital nuestro, las etapas de la juventud y de la edad adulta, alcanzando así, a vivir hasta ciento cincuenta años, que parece ser la capacidad vital máxima de la especie humana para cada individuo (lo cual no indica sino una probabilidad frente a los riesgos).

---

159 Everitt, A.V. *The hypothalamic-pituitary control of ageing and age-related pathology*, 1973

160 Science News, 20 y 27-XII-1985

Los equipos de investigación sobre el envejecimiento humano están analizando, desde 1980, todos los factores que pueden intervenir en este proceso además de la intervención central de los genes del envejecimiento. Estos equipos pluridisciplinarios están trabajando en Estados Unidos de Norteamérica, en Gran Bretaña, en Canadá, en Alemania, en Japón, etc., unos dedicados a la genética humana, otros a las hormonas y otros a los factores externos (factores ecológicos, factores ambientales de tipo social y cultural, riesgos de enfermar y de morir, etc.).

Pensando en las últimas investigaciones científicas, iniciadas a partir de 1990, menciono al equipo norteamericano-canadiense (C. Hartley, C. Greider, B. Furcher), que ha descubierto que las células de nuestro organismo se desdoblan (o se reproducen) unas 50 veces en nuestra vida y, en cada división, los cromosomas pierden algunos fragmentos de sus extremidades (telómeros) que son excelentes indicadores de la edad de las células. Lo que están investigando ahora es verificar si estos telómeros son simples indicadores o si pueden ser los responsables del envejecimiento.

El mismo equipo está analizando la naturaleza de las llamadas "células inmortales" que han sido identificadas en los cánceres. Estas células secretan un enzima, "telómeros", capaz de fabricar los fragmentos que faltan a los cromosomas: si se logra bloquear los telómeros se podría transformar los cánceres en tumores benignos, rejuveneciendo las células cancerosas sin embargo, el problema no es tan sencillo. Porque se ha descubierto que la telomerasa no sería el único regulador del envejecimiento humano.

En la Universidad de Dallas, en EE.UU., los investigadores especializados en genética descubrieron en 1993, dos genes diferentes que han sido llamados "Mortalidad 2" que podrían ser los causantes del envejecimiento de las células de nuestro organismo. El hecho es que, bloqueando la actividad del "gen 1", se aumenta la longevidad media de las células, en un cultivo, entre 40% a 100%. Si se bloquea el "gen 2", las células devienen inmortales en la misma forma que lo hacen las células cancerosas.

Esta observación es de la mayor importancia: si todo se produce como la hipótesis de trabajo lo indica, se estaría en la pista del mecanismo de la regulación del envejecimiento humano además, de la posibilidad de descubrir una nueva terapéutica contra los cánceres.

En la Universidad de Colorado, el profesor-investigador Thomas Johnson está trabajando, desde 1992, con nematodos que son pequeños vermes que en tres días de vida alcanzan la adultez y luego mueren, con absoluta regularidad, a los veintitrés días, en tal forma que todo parece determinado, en esa especie, por los genes.

El primer gen que ellos identificaron y localizaron en 1 cromosoma se llamó "aje 1": bastó inactivarlo (bloquear sus funciones) para prolongar en 110 % la duración de la vida del verme. Un gen "aje 2" fue aislado en 1993, en moscas Drosophila y en lauchas.
El profesor Thomas Johnson dice en su carta: "esperamos descubrir todos los genes que acortan la vida humana y luego cómo controlarlos o eliminarlos para que, al final, estos conocimientos se apliquen al Homo Sapiens Sapiens, esto sucederá en diez años más según nuestro programa de trabajo"

Estos son algunos ejemplos para mostrar cómo los científicos están interesados en los problemas que plantea el envejecimiento humano, desde el punto de vista de la investigación científica y sus aplicaciones prácticas.

Debemos agregar un hecho ya verificado: cada especie viva, a una edad media que le es específica para la especie (capacidad vital genética de la especie), comienza progresivamente a ser más

vulnerable (baja de la inmunidad HLA, alteraciones de la regulación térmica, dificultad de recuperación rápida después del ejercicio, ciertas alteraciones psíquicas, etc.) a los "riesgos" del ambiente externo (riesgos ecológicos, riesgos socioculturales, riesgos económicos, riesgos de enfermar, riegos de accidentes, riesgos de morir, etc.) hasta quedar semi-inválida sin defensas frente a los riesgos externos.

Se ha calculado que en la situación actual de la Humanidad, el efecto que produce el vivir una "vida sana", es decir vida sin riesgos, es tan importante que influye notablemente en la producción de una mejor "esperanza de vida": Las personas que adoptan rigurosamente el "modo de vida sano" alcanzan a aumentar sus años de vida (longevidad) en 30% a 40% de la longevidad actual; los que hacen lo contrario, adoptando "modos de vida riesgosos", pierden años de vivir en relación a la cantidad y calidad de los riesgos.

Lo que afirmo en esta últimas líneas, está basado en el estancamiento de las tasas de mortalidad general y de la esperanza de vida, después de la Segunda Guerra Mundial, en todos los países de la Tierra (OMS, 1990), a consecuencia de la "industrialización incontrolada") y del "consumismo" desenfrenado en la población humana.

Según se ve en este rápido análisis que he realizado en torno a la causalidad del envejecimiento humano, parecería que, en este siglo XXI se han propuesto muchas hipótesis y muchos factores que intervendrían en este proceso. Lo que a mí me impresiona más en esta situación, no es la cantidad de factores, sino la contradicción entre la gran variación de la casualidad del fenómeno (que supone esta cantidad de factores) y la gran estabilidad del ritmo del ciclo de vida nuestro. En estas condiciones, desde el punto de vista epidemiológico, yo pienso que los factores que realmente intervienen en el proceso de envejecimiento, de longevidad y de muerte, no pueden ser muchos sino que deben ser muy pocos para poder mantener el ritmo del ciclo vital de la especie humana que es rígido, al menos en el caso de la Muerte.

Puedo decir entonces, que el envejecimiento y la longevidad no son enfermedades ni un error en la evolución de la especie; al contrario, es un "proceso natural", para casi todos los seres vivos. Ellos mueren para que la especie siga viviendo, se reproduzca y varié, dando lugar a nuevas especies.

Esta misma idea la tenía Heráclito, hace más de 2,500 años atrás: "*vivir de la muerte, morir de la vida*".

4.1.2.7.1 El aplazamiento del envejecimiento biológico

Definitivamente los progresos de la medicina y los avances en el tratamiento de las enfermedades constituyen algunas de las principales causas del aumento de la esperanza de vida y, por consiguiente, de personas que alcanzan edades avanzadas. Si la tecnología moderna ha puesto su granito de arena en la valoración actual de la vejez, también ha introducido una serie de dilemas éticos en tomo a la salud de los ancianos que pueden resumirse en el siguiente postulado: ¿es necesario agregar años a la vida o vida a los años? Este es el meollo del debate. "¿Ha de constituir la edad un motivo de diferencias en cuanto a las decisiones a tomar acerca de la atención a los pacientes? ¿Hasta dónde hemos de llegar por el camino del combate contra la muerte en el casos de los ancianos y seguir extendiendo la duración media de la vida humana?"[161]

[161] Callahan, Daniel, *Ethics, Technology, and Aging*, pp 383-387. El autor cuestiona los límites del progreso médico y propone la realización de tres reformas necesarias en la geriatría para enfrentar los casos difíciles en tomo a los ancianos enfermos.

No pretendo responder aquí a estos cuestionamientos, pero si advertir la complejidad del problema de la salud de los ancianos: no se trata solamente de crear servicios hospitalarios de acuerdo a sus necesidades, ni es solamente educarlos para que colaboren en el cuidado de su salud y bienestar, mucho menos, llenar las aulas de la Universidad que imparten la especialidad geriátrica o la novel licenciatura en Promoción de la Salud. En los países más desarrollados científica y técnicamente, la situación y valoración de los ancianos enfermos tiende a complicarse.

4.1.2.7.2 El avance del envejecimiento social

El desarrollo de las "ciencias del hombre" y el desarrollo del llamado "progreso social material" han profundizado las desigualdades sociales, económicas y culturales, originando un aumento de los niños y de los mayores de sesenta años, siendo las clases sociales altas las más favorecidas, con raras excepciones.

Por "envejecimiento social" entendemos la "pérdida de la capacidad de influencia en el entorno" a causa de la entronización del trabajo (fuente primordial y casi única de valoración social y de ingresos económicos) en la mayoría de las sociedades industrializadas.[162] Se trata de una de las consecuencias socioeconómicas del envejecimiento de la población. Cuando el trabajador es jubilado anticipadamente, quizá se reducen sus ingresos, pero experimenta a la vez una especie de "muerte social" al desvincularse de un oficio e inaugurar forzosamente un nuevo tipo de relaciones sociales y afectivas. Consecuencias para el trabajador, pero también para el sistema de seguridad social estatal, encargado casi siempre de las pensiones. Se afirma que el envejecimiento de la población:[163]

a) Tiende a bajar el nivel de vida debido a que aumenta la relación de dependencia de las personas ancianas, mientras que disminuye la de los jóvenes. Tal aumento demanda unos costos económicos mayores
b) Afecta la composición de la fuerza de trabajo, disminuyendo el tamaño relativo de la población económicamente activa.
c) Disminuye la tasa de ahorro, debido a que gran cantidad de personas de edad avanzada viven de los ahorros acumulados y de los servicios prestados por la comunidad. Esto influye también en las medidas de seguridad social, servicios de salud, de recreación y esparcimiento, etc.

Estos y otros efectos de evolución demográfica, ponen en peligro la cohesión social, la solidaridad entre generaciones[164] y la integración de personas mayores. El Estado, garante de seguridad y bienestar social, procurará medir y equilibrar las situaciones, algunas de ellas bastante críticas, pues no se trata sólo de otorgar medidas paliativas o asistencialistas (sobre todo en tiempo de elecciones), sino de distribuir adecuadamente los recursos y las prioridades sociales. Gran reto que no será enfrentado si se carece de instituciones políticas y sociales sólidas y eficaces.

Cuando se pretende hacer pronósticos, es necesario tener en cuenta que el "envejecimiento de nuestro organismo" comienza tempranamente en nuestra vida (25-30 años) y luego el proceso se combina, en la edad adulta y en la actividad, con procesos de maduración y desarrollo.

---

162 Cfr. Molero, Carlos. *Ancianidad y política social:* Razón y fe pp 363-364

163 Cfr. Camivali, Judith. Op. Cit. p 56

164 La multiplicación del número de personas de edad avanzada con ingresos elevados y que no efectúan un trabajo productivo en políticamente peligrosa para la solidaridad social. Puede haber un antagonismo entre los jóvenes, que están a menudo en situaciones precaria debido a sus bajos ingresos, y las personas y las personas de edad avanzada que no trabajan y que viven mucho mejor que ellos. Cfr. Chesnais, Jean Claude. *El proceso de envejecimiento de la población.* p 84.

De tal manera que el proceso de envejecimiento no es rígido en su cronología, sino que se deja influenciar, para bien o para mal: durante el envejecimiento, ocurren pérdidas y deterioros orgánicos u otros riesgos externos, pero también se despliegan ciertas funciones vitales y psíquicas. La psicología, por ejemplo, analiza determinados procesos que son atribuibles a lo cultural y a los modos de vida de cada cual durante la vejez.

Pero también aparece como evidente que la extensión de la longevidad depende en parte importante de la "calidad de vida" del anciano, de sus "condiciones biológicas y mentales", de "factores ambientales y ecológicos" del entorno físico, climático y social en el que vivimos.

Pero ninguna de estas consideraciones puede permitirse el declarar, legalmente a la vejez, corno el "periodo de vital de ocio", del desarraigo social y cultural, en una palabra: del aislamiento y del aburrimiento. Ellos constituyen un período de nuestro ciclo vital y todos debemos pasar por ese periodo. Lo lógico es buscar la solución para darles los mismos derechos que los otros grupos tienen actualmente: en una obligación humana, legal y solidaria.

El período del trabajo activo y creativo (producción) y la fecha de la jubilación son dos temas candentes y de la mayor importancia para el equilibrio social y económico y para la vida del individuo y de su familia.

El Estado, en general, considera este asunto como si fuera un simple cambio jurídico-legal que se resuelve con el aumento de las cotizaciones de los empleados (obreros, empleados públicos, etc.) y a los "patrones", en el caso del sector privado. En Francia, 1994, se le retira, para el "Fondo de Solidaridad Social", alrededor del 40 % del salario bruto; lo cual no impide que una vez al año haya que pagar impuestos individuales por los dineros recibidos por cualquier actividad. Muchos jóvenes piensan que más vale vivir en estado de paro recibiendo un porcentaje del saldo que tenían cuando trabajan.

Sin embargo, como bien dice el Dr. J. Buendía,[165] no se trata sólo de dineros a obtener, sino que se trata de algo mucho más grave para todos, y especialmente para el jubilado: privación de la base de una actividad productiva o creadora, privación de una base para la identificación personal; imposibilidad para darle un sentido a la vida individual. Según se ve, el trabajo es, para el ser humano, el medio más importante para la integración social, cultural, económica y psicosocial y psicocultural; es la única fórmula para participar en la producción y en el consumo social, es decir, para la integración.
En estas condiciones, las "jubilaciones obligatorias" (por años de vida y/o por años de trabajo) que se imponen en las sociedades actuales, es una "política segregativa y arbitraria" del Estado: ¿quién puede decidir a qué edad debo yo dejar de trabajar? ¿Quién puede determinar la fecha en la que seré física y/o mentalmente inepto para el trabajo?

Hoy día se parte de bases falsas: es un error pensar que el envejecimiento es siempre invalidante, física o mentalmente. Estos trastornos suceden en la misma forma y cantidad que en la edad activa. El ex presidente de Francia Jacques Chirac tenia setenta y ocho años y estaba en su segundo septenado de gobierno, ¿Por qué se le eximio de la jubilación y a nosotros no?

Lo lógico sería cambiar el sistema actual, en todos los países, de tal modo que la jubilación suceda cuando realmente la persona, hombre o mujer, está incapacitada física y/o psíquicamente, para el trabajo. Un examen completo de la persona sería más serio que un simple decreto. La gente cree que el envejecimiento es el derrumbe total del organismo humano y que lo que más se afecta es el

[165] Psicólogo y profesor de la Universidad de Murcia. Cfr. San Martin. Hernán. *Envejecimiento Individual y de la Población*

cerebro. Hay viejos sabios y hay viejos ignorantes, hay viejos inteligentes y hay viejos tontos; la sabiduría y la inteligencia tienen que ver con las características de la persona, no con su edad, por lo tanto, un viejo tonto siempre ha sido así, desde joven; cada cual envejece según cómo ha vivido.

El medir el estado de salud, la capacidad funcional del organismo y la calidad de vida que lleva el anciano, son indispensables en un plan de atención en gerontología.

En los temas o problemas gerontológicos, la "generalización" no es un factor de "riesgo" que atente contra la rigurosidad científica, al contrario, en los estudios masivos, como en las epidemias, se muestran tendencias que orientan al diagnóstico. Quiero decir que el estudio individual del envejecimiento no se opone al análisis del envejecimiento en la población total, al contrario se complementan.

4.1.2.7.3 El "ageísmo" en una sociedad tecnicista y utilitarista

El gerontólogo norteamericano Robert Butler (en su libro Why Survive: Being Old in America) acuñó el término "ageism" (en español es menos despectivo "ageismo" que "viejísmo") para describir "el proceso de estereotipar y discriminar sistemáticamente a la gente por ser vieja, anciana".[166] Butler equipara este proceso con lo que el racismo o sexismo pueden lograr en la discriminación de las personas.

En efecto, tras el fenómeno demográfico del "papy-boom"[167] se han creado una serie de estereotipos negativos, que no son más que un signo de desprecio y rechazo a los ancianos. La imagen que tiene la sociedad de ellos es generalmente negativa o discriminadora, y esto afecta la autoimagen de los miembros de este grupo poblacional. No se les ofrece ni respeto, ni cariño ni oportunidades, y los mismos ancianos tratan de asimilar esta realidad alejándose, reprimiéndose y aceptando inconscientemente los estereotipos que la cultura les impone.[168]

Creer que esta etapa de la vida es totalmente negativa y decadente es el estereotipo más lamentable en una sociedad que encumbra la juventud y consagra el culto a la técnica, negando a sus viejos cualquier rol de utilidad. El viejo, y más si carece de recursos, es un sujeto irrelevante en el ámbito profesional, un ser débil y susceptible de ser ignorado en la calle y, lo más triste, en estorbo para la familia. Indudablemente existen excepciones, pero la mayoría de los sociólogos de los países desarrollados coinciden en la aceptación de este negro panorama.

Víctor Alba, de la Universidad de Kent, escribe (1994): "*hoy, la vejez viene determinada por decisiones legales, sin tener en cuenta la capacidad individual para seguir siendo productivo y con absoluta indiferencia burocrática por las características personales de cada persona que el sistema declara oficialmente "viejo o vieja*" ..." *de esta forma, la vida, a los sesenta años o a los sesenta y cinco, puede perder todo sentido para los "laureados*" y puede perder también los probables sesenta y cinco años más de vida que nuestra especie le ofrece (si todo sucediera como se piensa)

---

166 Cfr. Sánchez, Carmen. Op. Cit. p 33.

167 El "papy-boom" es el nombre dado al gran número de jubilaciones que tendrá lugar entre 2000 y 2020 en los países desarrollados. El papy-boom es una consecuencia lógica y esperada del baby-boom de la postguerra, creando la disminución de la tasa de natalidad, lo que provoca el envejecimiento de la población. Este fenómeno tiene una importante influencia sobre la economía, causando un aumento en los gastos de salud, los pagos de las pensiones, y una reducción de mano de obra.
Desde el comienzo del siglo XXI los sectores relacionados con la gestión de los recursos humanos relacionados con la cuestión y el término papy-boom aparecen cada vez con más auge en el negocio de la contratación, en el plano económico, y (más recientemente) en medios de comunicación para el público en general. En contraste con el envejecimiento de la población (la proporción de la población disminuye, el número de jubilados aumenta), el efecto papy-boom es cíclico y su impacto no ha sido generalmente considerado como crítico.

168 Los estereotipos de la vejez más sobresalientes: a) La vejez y la enfermedad van juntas de la mano; b) Los viejos se sienten miserables y la mejor forma de adaptación es el aislamiento de la vida social; c) No son productivos; d) No son creativos y no tienen capacidad de aprender, e) Son tercos y cascarrabias f) La vivencia de su sexualidad no es plena.

Los viejos procedimientos (asilos para ancianos) deben desaparecer, deben ponerse al día en los conocimientos sobre el envejecimiento humano. Este lo conocemos en parte: sabemos de la intervención de genes que controlan la "capacidad vital de la especie", pero también sabemos que la supervivencia del Homo Sapiens depende también del "modo de vida" de cada uno de nosotros, del "ambiente" en que vivimos y de los "riesgos", riesgos que existen en ese ambiente.

Es evidente, como lo demuestran la Demografía y la Epidemiología,[169] que la población viva del mundo no está expuesta a los mismos riesgos (calidad y cantidad) y que las poblaciones en la Tierra no son homogéneas sino que tienen diversas culturas, variadas tradiciones, grandes desigualdades económicas y sociales, etcétera, todos factores muy relacionados con el ambiente ecológico, con la calidad de la vida, con los modos de vida, etc., y con los riesgos de enfermar y de morir.

En Demografía, la "población" es un conjunto renovado de seres humanos, de animales, de plantas, todos los seres vivos

La noción de población humana implica algunas otras características:

- Un componente cuantitativo: cantidad de individuos de la misma especie;
- Un componente cualitativo: composición de la población por edad, sexo, etcétera;
- Un componente genético: por especies vivas y modos de reproducción,
- Un componente geográfico: superficie y límites del hábitat;
- Un componente climático;
- Un componente tiempo: período de vida de la población, dinámica de la población; natalidad, migraciones, mortalidad, esperanza de vida, etc.,
- Un componente social, cultural, económico, etc.

Según se ve en esta noción de "población humana" existen muchos factores que se han de considerar y no sólo la participación de los genes nuestros, en nuestras vidas; existen también la "esperanza de vivir en salud",[170] la "esperanza de vida",[171] la "esperanza de vida autónoma",[172] la "esperanza de vida al nacer".

¿Para qué vivir más años de edad si lo más probable es que, después de los setenta años, seamos inválidos o semi-inválidos, en todo caso, incapaces de ser autónomos?
La "esperanza de vivir en salud", para la población humana actual, no crece tanto como lo hace la "esperanza de vida general" y ésta es la causa del aumento de los ancianos inválidos (mayores de sesenta y cinco años). En Francia, por ejemplo, en relación a 1970, la población de ancianos inválidos será duplicada en el año 2000, produciendo graves trastornos económicos en los Seguros Sociales que entrarán en desequilibrios financieros.

En este país, las mujeres tienen una "esperanza de vida", a los sesenta años, de veintidós años y los hombres de dieciséis años, debido a sus "modos de vida" y a los "riesgos" a que se exponen.

La "esperanza de vida" puede, entonces, calcularse para todas las edades de la vida (usando la "tabla de mortalidad" real de la población que se analiza): años que quedan por vivir a partir de una edad dada. La "esperanza de vida al nacer" corresponde a la "vida media" (sin valor predictivo).

---

169 San Martin, H. *Epidemiología de la Vejez*

170 Esperanza de vivir en salud: Envejecimiento en estado de salud normal.

171 Esperanza de vida: el número promedio, obtenido de una tabla de mortalidad real de la población, de años que quedan por vivir a partir de una edad dada; puede ser al nacer o en edad de vida (por años).

172 Frecuencia de invalidez o de incapacidad física y/o menta] (autonomía).

Lo que nos abrumaba, y nos impedía ser el 100% optimistas, al medir la eficacia de los "Servicios de Salud", era la casi imposibilidad real de lograr el envejecimiento de las comunidades en estado de Salud completo y de autonomía total, como tampoco el de contar con los recursos económicos para mantener el ambiente ecológico sano de todo riesgo. A pesar de los avances de la medicina y de la epidemiología, aún no podemos controlar el estado de salud de la comunidad ni la eliminación de los "riesgos" ambientales y los cambios de "modos de vida" de las sociedades humanas que influencian la producción de riesgos y de la morbilidad general.

En los países, más desarrollados materialmente (ciencia, tecnología, economía, etc.), a pesar del avance de las ciencias biológicas y médicas, sucede que tres grupos de riesgos (enfermedades, accidentes, intoxicaciones) producen el 70 % de las muertes totales: enfermedades cardiovasculares, cánceres, accidentes de todo tipo. Lo cual indica que los riesgos no son muy variados, pero sí están presentes constantemente y desde el comienzo de nuestras vidas hasta la muerte.

Yo pienso que la lucha por un envejecimiento sano y autónomo debe comenzar desde el nacimiento y esta lucha debe ser educativa (conocimiento biológico-mental del hombre, proceso ecológico, alimentación, gimnasia permanente, educación para la salud y prevención de riesgos ambientales y sociales). No olvidar que el envejecimiento comienza alrededor de los veinticinco a treinta años y dura toda la vida; por esto mismo, la lucha por una longevidad sana y activa debe comenzar precozmente en la familia y en la escuela, desbordando largamente a la medicina clínica que llega siempre atrasada para prevenir y para eliminar riesgos. En realidad, la función de la medicina clínica no es eliminar los riesgos del ambiente y/o modos de vida que son arriesgados, sino el de curar las enfermedades que sufre el Homo Sapiens.

Está claro que el problema del envejecimiento (aumento de la población mayor de sesenta y cinco años) no es sólo demográfico sino que también cuesta a los países el mantenimiento sano de la población envejecida e inactiva. Por ejemplo, en EE.UU., el costo total de los Servicios Médicos a los mayores de sesenta y cinco años es más del 50 % de costo total de los Servicios de Salud o de enfermedad en ese país. Llega un momento (porque los "riesgos" van en aumento a causa del llamado "progreso social"), en el que no alcanza el presupuesto nacional a soportar el gasto; mientras tanto, la medicina y la cirugía fabrican sobrevivientes artificiales y caros seleccionados en los grupos más ricos.

4.1.3 La deshumanización en torno a la ancianidad en América Latina

Ya había comentado que el envejecimiento es un proceso heterogéneo situado en las diferentes culturas, épocas y clases sociales. Al detenernos ahora a examinar el proceso vivido en el Continente Latinoamericano, efectivamente descubrimos que este fenómeno padece de la misma desigualdad económica y social que divide al mundo en países desarrollados y países en desarrollo.

Envejecen distintos un sueco, un cubano y un africano. Cado uno de ellos se enfrenta con una determinada valoración social de su proceso, cada uno de ellos envejece tarde o prematuramente. No es lo mismo 60 años en un país desarrollado, que 60 años en un país africano pobre.

En un continente marcado por enormes contrastes debido sobre todo a la desigualdad de las condiciones económicas y sociales, tanto el envejecimiento individual como el social son realidades plurales y deshumanizantes. Rostros de ancianos marginados por el progreso a causa de su escasa productividad, desubicados socialmente y en situación de total abandono, "rostros envejecidos por el tiempo y el trabajo de los que no tienen los mismo para sobrevivir dignamente".

Al bajo índice de las tasas de natalidad y mortalidad, al aumento de la esperanza de vida propiciada por los avances tecnológicos y al creciente fenómeno migratorio, agreguemos la pobreza y exclusión, como fenómenos típicos de las naciones que no se han dado cuenta (y si lo saben no atacan de frente los problemas) de la ambivalencia que representa el progreso. Veamos algunos datos sobresalientes de la realidad.

4.1.3.1 Aspectos demográficos

A los problemas eternos de la deuda externa, de la lucha por conseguir la democracia, de la corrupción, de la violencia y la guerrilla, etc., los países de América Latina deben añadir que poseen un gran número de ancianos. Las estimaciones más recientes indican que en la actualidad hay cerca de 36 millones de personas mayores y se proyecta que en el primer cuarto de siglo XXI esta cifra se duplicará. Es probable que en el año 2025 una de cada cuatro personas tendrá 75 y más años.[173] Aun cuando se trata de un proceso relativamente reciente (salvo en Argentina y Uruguay), tiende a generalizarse y a confirmar una tendencia histórica que parece inevitable a medida que los países avanzan en su proceso de transición demográfica.[174]

En esta parte del planeta se está produciendo un aumento sostenido y explosivo de este grupo poblacional. ¿Están los países preparados para enfrentar esta transición demográfica? El fenómeno del envejecimiento en Latinoamérica es una nueva experiencia que se produce aceleradamente y para el que se están preparando los países muy lentamente.

4.1.3.2 Envejecer en América Latina: principales problemas

Las consecuencias concretas del envejecimiento sobre la sociedad, y viceversa, dependen, de la estructura social y económica de cada país y en las condiciones en las que la mayoría de la población llegue a la tercera edad. Destaco brevemente algunos elementos comunes, aceptando los límites que por su brevedad conlleva este análisis.

a) Ámbito individual.
   Uno de los problemas de los que se tiene poca conciencia es el de la imposición de patrones de conducta de los ancianos y ancianas. Ellos tienen que ser bondadosos, sumisos, obedientes, limitarse a lo establecido por la sociedad y la cultura... "Al llegar a la vejez los valores tan difundidos por la sociedad parecen esfumarse; los derechos democráticos parecen retroceder, y en su lugar pasan a estar en vigor la sumisión y la obediencia a nuevas normas". [175] Se envejece de acuerdo a un destino predeterminado socialmente, y en numerosas ocasiones detrás de las políticas asistencialistas o piadosas en pro de los ancianos se esconden proyectos deshumanizantes.

b) Ámbito socioeconómico.
   Señalamos primeramente una cuestión fundamental: "el aumento de la proporción de personas que alcanzan edades avanzadas ha venido acompañado de un aumento de las personas que viven en condiciones de pobreza". [176] Fenómeno atribuido a los abusos

---

173 Cu. Becerra, Susana. *La tercera edad en Cuba:* Justicia *y* Paz p 14.

174 Schkolnik, Susan. El envejecimiento de la población de América Latina (1950-2025), en Chesnais, J.C. Op. Cit. Pag. 105. Sobre la situación concreta de un país sudamericano véase: Verdadera, Francisco. *La población en edad avanzada en el Perú: situación actual y perspectiva* pp 28-44.

175 Gabera, Ivonne. *Religión, cultura y envejecimiento: un punto de vista Latinoamericano* pp 482-483. La autora profundiza un factor sociológico interesante aplicado a los ancianos: el problema de la introyección de la marginalidad, es decir, la constitución de una conciencia personal y colectiva de "ser menos". Para ella, los ancianos elaboran de sí mismo esta imagen y refuerzan el statu quo querido por los amos del poder dominante.

176 "En América Latina existe una necesidad muy grande de comprender más a fondo la relación entre los cambios en la composición de la población por edad y los distintos aspectos del desarrollo socioeconómico". Cfr. CELADE, *Envejecimiento: cuatro facetas de una sociedad para todas las edades* p 30

socioeconómicos que han caracterizado el modelo de desarrollo de muchos países de esta región, del cual se derivan las siguientes consecuencias:

I) Personas ancianas en condiciones difíciles de vivienda, con poca protección social y un bajo poder adquisitivo.[177]

II) Personas ancianas empobrecidas [178] y enfermos crónicos que carecen de una atención eficaz y rápida.

III) Personas ancianas jubiladas que generalmente deben dejar sus responsabilidades laborales y pasan a depender, en gran parte, de la familia o del Estado con el consiguiente cambio en sus condiciones de vida y de inserción social.[179]

IV) Personas ancianas emigrantes o afectadas por la migración de sus familiares a causa de la necesidad económica.[180]

Antes, a la mayoría de los pobres la muerte les resolvía el problema de la vejez. Hoy, las cosas han cambiado. Parafraseando a I. Guevara, tratar hoy el problema del envejecimiento en América Latina es tocar la vieja llaga (de un sistema político-económico neoliberal insaciable) presente en el conjunto de la sociedad: la ausencia de condiciones de vida dignas que afecta a la gran mayoría de la población.[181]

c) Ámbito familiar.

En América Latina tradicionalmente sigue siendo la principal proveedora del apoyo social y económico requerido por sus miembros ancianos.[182] La falta de una tradición institucional y comunitaria de cuidado de las personas de edades mayores (a causa de la escasa significación que tienen en la población total y por la reducida cobertura de la seguridad social) ha ocasionado que la familia sea la entidad responsable de su integración y cuidado. Por tanto, el cuidado de los ancianos en instituciones especializadas, públicas o privadas, no es todavía una medida generalizada en América Latina."

Pero en el ambiente familiar se generan ciertas tensiones, producidas sobre todo por los cambios socioeconómicos que han alterado los valores culturales tradicionales referidos a la apreciación de la ancianidad. Así encontramos:

I) Hogares multigeneracionales con relaciones tensas entre sus miembros, carencia económica y falta de protección médica y de cuidados especiales a las personas de edad avanzada.[183]

II) Hogares unipersonales de ancianos, que se hacen visibles entre los estratos medios y altos del ámbito urbano.

---

177 La insuficiencia de cobertura de los sistemas de seguridad social es quizás el efecto más grave en América Latina Cfr. Idem p 27

178 Porque realmente la pobreza es el mayor factor de riesgo de mala salud (y de falta de atención médica especializada) entre las personas de edad. Cfr. Idem p 14.

179 A pesar de la, obligatoriedad de la jubilación (reflejo de un escaso dinamismo en la creación de nuevos puestos de trabajo, la persistencia de altos niveles de desempleo y el elevado grado de subutilización de la mano de obra), se observa en América Latina una alta proporción de personas de edad avanzada incorporadas en el mundo del trabajo. La necesidad de obtener un ingreso para costear la subsistencia hace que el trabajo en edades avanzadas se convierta en una obligación. Cfr. Idern. pp 10-11.

180 La inmigración de adultos jóvenes ha convertido a muchas zonas rurales en lugares de residencia de ancianos que no reciben el apoyo necesario para asegurar su supervivencia. Por otro lado, buena parte de esta población que vive en las ciudades está formada por antiguos inmigrantes que dejaron en sus lugares de origen a parientes y amigos. Distanciamiento que trae como consecuencia hogares separados, soledad y desprotección. Cfr. Idem p 15. En relación a las alternativas de vida de los ancianos en un contexto de pobreza urbana, véase: Redondo, Nelida. *Ancianidad y Pobreza. Una investigación en sectores populares urbanos* pp 9-31.

181 Cfr. Gabera, Ivonne. Op. Cit. p 481.

182 De los estudios realizados sobre la composición familiar se deduce que la mayoría de las personas de 60 años y más viven en unidades familiares extendidas y complejas que constan de los miembros que pertenecen a más de una unidad conyugal (una pareja más vieja, un hijo casado y nietos). Aproximadamente un 25% de las personas mayores viven en unidades familiares simples (una pareja casada o una persona soltera viviendo con hijos solteros). Y entre el 7 y el 16% viven solos. Cfr. Morales, Fernando. *Envejecimiento y Salud*. 1998 p 49.

183 Situación que tiende a expandirse por la mayor participación de las mujeres en la actividad económica. Aunado a esto, está la situación de las mujeres ancianas pobres (en su mayoría viudas) que continúan siendo (jefas de familia): cuidan de los nietos, trabajan fuera de casa, realizan obras domésticas casi gratuitas, etc. Cfr. Gabera, Ivonne. Op. Cit. p 478.

Estas y otras muchas razones convierten el fortalecimiento de la estructura familiar y el mejoramiento de la calidad de vida de los ancianos en sus necesidades prioritarias.

d) Ámbito cultural
Al igual que en Estados Unidos y Europa, en América Latina también se idealizan e idolatran los valores de la juventud, del consumismo y de la búsqueda del lucro. Los espacios vitales se restringen y, lamentablemente los ancianos empiezan a perder terreno quedándose callados y aceptando los patrones establecidos. "Envejecer en América Latina es verse continuamente confrontados con los valores jóvenes impuestos por los medios de comunicación a toda la población. Los viejos son muchas veces objeto de burla por representar una especie de raza en atraso cultural y en poca forma atlética".[184]

El sistema de creencias y la cultura de la ancianidad en otros continentes como Asia y África son muy distintos. Por ejemplo, entre los asiáticos, dada la importancia que le atribuye a la familia, a las tradiciones y al alto culto de los antepasados, se mira al viejo como depositario de la sabiduría ancestral confiriéndole un papel y un estatuto que garantiza su utilidad social. Esto produce seguridad emocional ante los cambios perturbadores que trae consigo el envejecimiento.[185]
En el continente Americano, influenciado por la modernidad, ocurre todo lo contrario (excepto en algunos grupos autóctonos): aún no se establece las bases para una "cultura de la ancianidad" con el fin de dignificar, valorar y reincorporar socialmente a los ancianos.

4.1.3.3 El anciano en México.

En México, los adultos mayores han aumentado considerablemente en los últimos años. De representar en 1940 alrededor del 5.5% de la población, para 1990 aumentaron a 6.1%, durante 1996 a 6.4%, y se espera que para el año 2020 cubrirán bien el 11.6% de la población nacional.[186] Además, su distribución en los estados de nuestro país no es homogénea (la mayor parte de ellos se concentran en las grandes ciudades: Distrito Federal, Guadalajara, Veracruz y Puebla).

¿Cuáles son las causas del envejecimiento en nuestro país? Sin duda, coincidimos con otras naciones: descenso de la mortalidad y natalidad, aumento de la esperanza de vida.[187] Migración constante, acciones a favor de la salud, alicientes para una descendencia menor, mejores oportunidades de vida y bienestar, etc. Causas que responden a las transformaciones políticas, sociales, económicas y culturales de nuestro entorno, y a partir de las cuales se tienen que modelar nuevas políticas a favor de los distintos grupos de edades.[188]

¿Y las consecuencias? "Los problemas que padecen los adultos mayores en México tienen que ver con las condiciones materiales de existencia y con la concepción ideológica que va elaborando la

---

184 Idem p 479.

185 Cfr. Mananzan, Mary John, *Religion, Culture and Aging: An Asian Viewpoint* p 473. En África, la situación es similar: que una persona se retire de la vida pública no significa pasividad y rechazo de la participación activa de la vida social, se pasa a un segundo y término para poder iniciar mejor a otros. El anciano no queda derrocado y el seguidor no es un triunfador, sino alguien que quiere conocer mejor el misterio de la vida para poder ser eslabón correcto entre los antepasados y la sociedad terrena a la que representa. Cfr. Bujo, Bénézet. *Ética y envejecimiento en África* p 498.

186 INEGI, *La tercera edad en México (XI Censo general de la población y vivienda 1990)* pp 1-5. Cfr. Partida, Virgilio. *Perspectiva demográfica del envejecimiento en México, Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas* pp 25-39

187 Cfr. Lozano, Rafael; Frenk, Julio. *Aspectos Sociomédicos del envejecimiento en México*; y Garrido Francisco Ramírez, Dolores; Gómez, Héctor. *Epidemiología del Envejecimiento en México* pp 295-277. Ambos en H. Aréchiga-M. Cerejudo *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas.* p 95.

188 La situación demográfica de nuestro país no debe alarmarnos pero si prepararnos. Los especialistas prevén que para el 2030 México estará en una extraordinaria posición: con posibilidades de librar el problema tradicional de los países de nuevo desarrollo (educación y sostenimiento de una población joven) y sin llegar todavía al problema de los países viejos (gran carga de población adulta no productiva que exige servicios especiales). Pero la gran presión poblacional estará dada por la generación de empleos, situación en la cual no se ha tenido mucho éxito (para el 2030 México requerirá alrededor de 60 millones de empleos, más del doble de los que hoy existen). Cfr. Schettino Macario. *Propuestas para elegir un futuro México en el Siglo XXI* pp 106-112.

sociedad en torno al papel que desempeñan".[189] Se han creado instituciones para atender las necesidades más urgentes (INSEN, DIF), y no obstante los programas y proyectos, tales organizaciones han sido rebasadas por los problemas y las carencias de este grupo de edad, además su cobertura ha tenido un carácter estratificado y fragmentario aunque se difieran sus derechos, se les otorguen facilidades económicas en el transporte, diversión y actividades culturales, todavía no se ha concientizado a la sociedad para que conozca y comprenda el significado de esta etapa de la vida y para que en los momentos difíciles ayude a los ancianos a asumir su dolor y las contradicciones en las que viven y mostrarles todas las dimensiones de posible crecimiento. La cantidad y el valor que representan los adultos mayores ¿nos están encaminando como país hacia una cultura de la ancianidad?, ¿es suficiente cederles el asiento o cobrarles menos en el transporte?

a) Salud y pobreza.
   Ante la dimensión de las enfermedades transmisibles y el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas (para las cuales los costos de atención son más elevados), que padecen un gran número de adultos mayores, el sistema de salud en México aún no está debidamente preparado. En investigaciones recientes, se ha encontrado que el 65% de la población de adultos mayores presenta delicadas afecciones físicas, entre las que predominan las del sistema nervioso; más del 45% padecen depresión de leve a moderada, debido principalmente a factores de índole socioeconómico.[190] Por el tipo de enfermedades, por el bajo nivel de ingresos y las dificultades para acceder a los servicios de salud (exageradamente burocratizados) el ciclo enfermedad-pobreza-enfermedad se presenta con frecuencia en nuestro país.[191]

   Cuando en la familia de escasos recursos económicos uno de sus miembros padece de una enfermedad de larga duración, la economía doméstica tiembla y existe el riesgo de perder la capacidad de consumo de los satisfactores básicos.[192] La familia experimenta una crisis multifacética. ¿Cuál es el aporte de otras instituciones?

b) Seguridad social.
   La actuación de la seguridad social en sus distintas instituciones ha tenido un gran impacto en el mejoramiento de la salud y el bienestar de la sociedad mexicana, pero en algunos aspectos, como es el caso de la protección a la vejez, ha sido incompleto. Oficialmente se otorgan jubilaciones de retiro en razón de la disminución de la capacidad para el trabajo y otro tipo de pensiones. Sin embargo:[193]
   - Más de la mitad de la población económicamente activa en México no está afiliada a alguna institución que le permita jubilarse (sobre todo los grupos más débiles que no cotizan para las instituciones: desempleados, trabajadores rurales, indígenas[194] y del sector informal).

---

189 García, Julia. *Problemas y derechos de los ancianos,* justicia y paz. pp 5-30.

190 Cfr. Galindo, Sabino. *Presente y futuro del anciano:* signo de los tiempos pp 4-88.

191 De los casi 7 millones de adultos mayores que habitan en el país, sólo un 30% son derechohabientes de alguna institución de seguridad social y el resto resuelve sus problemas de salud acudiendo a la asistencia pública, a la medicina privada, con la cual una gran proporción de ellos se limitan a atenderse problemas de salud de bajo costo y relativamente de corla duración, pues sus ingresos no les permiten ir más allá. Cfr. Lozano, Rafael; Frenk, Julio. Op. Cit. Pag. 108; Ham Chande, Roberto. Conceptos y significado del envejecimiento en las políticas de población y Domínguez Octaviano. Coordinación de atención en el envejecimiento, en R. Tuirán (coord.). Op. Cit. pp 42-53 y 279-285.

192 Hay un sector de "hogares envejecidos": aquellos que se encuentran en una etapa avanzada del ciclo de vida doméstico, en que los ancianos quedan al frente de la economía familiar y, frecuentemente, sin contar con contribuciones monetarias de otros miembros. Cfr. Rubalcaba, Rosa María. *Ingresos de las personas de edad y características de sus hogares*, en R. Tuirán (coord.). Op. Cit. p 133.

193 Cfr. CONAPO. *La población en las edades avanzadas* pp 130-131.

194 Los ancianos indígenas los más vulnerables: no tienen seguridad social, no tienen una pensión, no están en condiciones de obtener un ingreso fijo o remunerador y ni siquiera cuentan con asilos o servicios sociales básicos. Cfr. Torres, Jesús Cfr. Reyes, Laureano. *El contexto cultural y económico del envejecimiento. El caso de los Zoques de Chiapas*, en R. Tuirán (coord.). Op. Cit. pp 87-108; Romo, Pablo. *Los moletik v sus derechos: justicia y paz.* pp 17-20.

- Además, las pensiones que otorga la seguridad social han sido insuficientes para cubrir las necesidades básicas. Este recurso muchas veces es el principal ingreso no sólo del adulto mayor, sino que también el de su familia.
- Falta de orientación e información legal que le permita a los adultos mayores defender su derecho a una pensión.

Esto indica que desde el punto de vista distributivo, la estructura de la seguridad social en nuestro país tiene serias deficiencias aparte, ha experimentado insuficiencias de recursos y déficit económico que minan su capacidad de respuesta. Disposiciones gubernamentales como el establecimiento de las "AFORES", son medidas que pretenden que el sistema de seguridad social sea más justo y más equitativo. Al menos eso es lo que teóricamente se pretende.

c) Familia
Con la entrada en escena del modelo "nuclear conyugal" de familia (que sustituye al. modelo de "familia extensa" influenciada por la urbanización, el cambio de valores tradicionales y culturales, se tiene la tendencia a considerar a los ancianos como una carga y a excluirlos; en ocasiones muy sutilmente. Cuando el Estado no responde a los problemas del envejecimiento éstos, naturalmente, se trasladan al seno familiar, donde se experimentan una serie de exigencias que afectan a la persona mayor y a los demás integrantes, particularmente a las mujeres, aunque la discriminación en los hogares mexicanos es más terrible con los hombres ancianos.[195]

Al analizar algunos rasgos de la situación poblacional del mundo y, particularmente de nuestro país, vemos que ha iniciado un proceso inevitable e irreversible de envejecimiento. Si bien, el panorama demográfico medido científicamente con alto grado de certeza y confianza, no es muy alarmante, dentro de poco lo será y sin medidas de análisis y prevención a corto, mediano y largo plazo, las consecuencias serán lamentables. De hecho, es un problema que ya empieza a prefigurarse: adultos mayores con un alto porcentaje de desempleo, con discapacidades fisiológicas, padecimientos y afecciones sin atenderse debidamente, además, inmersos en una dinámica sociofamiliar cambiante que los excluye y discrimina. Diagnóstico final: no estamos preparados para enfrentar este fenómeno mundial.

Para responder al reto de la transición demográfica en México será necesario iniciar otro tipo de transición: la de las instituciones, las políticas de gobierno, los presupuestos, la legislación. Un cambio hacia la recuperación de la conciencia social de la vejez que ayude a entender su significado, atender su problemática y promover su dignidad.

4.2 Conceptualización para el estudio del envejecimiento

¿Qué significa ser viejo en nuestra sociedad?, ¿quién es viejo?, ¿aquellos hombres y mujeres caracterizados por el deterioro y la decadencia?, ¿es la vejez un estado de ánimo o un estado físico?

Los datos histórico-demográficos que he expuesto anteriormente nos muestran un panorama alarmante y de discriminación. En el mundo Occidental predomina un lenguaje vago y peyorativo en torno a esta etapa de la vida, y estamos seguros que muy pronto, a causa de la globalización y de otros factores propios de la modernidad se va a extender a otros ambientes. ¿Acaso la vejez no tiene aspectos positivos de crecimiento de vida?

---

[195] *¿Dónde quedó el sabio mayor?:* signo de los tiempos. pp 11-88.

A través de los siglos se han generado distintas concepciones acerca de la vejez. Cada cultura constituye ideas, establece conceptos y valora los acontecimientos de acuerdo a una determinada ideología o cosmovisión propia. Por eso, el inicio de la vejez, su importancia e influencia en las relaciones sociales, varían de una sociedad a otra y de un grupo a otro.

Antes de iniciar un recorrido científico y serio que nos permita descifrar los factores sociales de esta etapa de la vida es necesario ponernos de acuerdo en torno al origen de los conceptos y teorías que se han formulado recientemente y que han sido recogidos por especialistas en la materia.

4.2.1 Sentido y significado de la vejez

De entrada, si queremos definir el concepto de vejez, nos encontramos con una gran cantidad de sinónimos que originan una confusión conceptual: ancianidad, senilidad, senectud, tercera y cuarta edad. Conceptos marcados por factores socioculturales que es aventurado mencionar, y dada su variedad y complejidad, lo cual implicaría más nuestra compresión.

Vemos necesario elegir un concepto que defina y comprenda integralmente al ser humano envejeciente y envejecido.
Para ello, es preciso tener en cuenta los siguientes elementos.

4.2.1.1 Características fundamentales del envejecimiento humano

a) Proceso dinámico y evolutivo.

El término "envejecimiento" lo entendemos como un proceso humano progresivo e irreversible de crecimiento deterioro (que en la opinión de la mayoría, inicia desde el momento del nacimiento, cuando la tasa de crecimiento celular comienza a descender o incluso desde la concepción), de constante tensión entre elementos endógenos y exógenos que limitan y potencian la vida del hombre. Insisto en este aspecto: es desarrollo y no sólo decadencia. El envejecimiento como un proceso está insertado en la dinámica de la vida, pues esta es un proceso personal que empieza a nacer y que se desarrolla hacía un final (muerte) con la tarea de crecer y desarrollarnos integralmente.

Desde esta perspectiva, el envejecimiento es un reto, una tarea existencial que consiste en aceptar las limitaciones y posibilidades del proceso, asumir la adaptación a un entorno vivo y cambiante, en una palabra, en enfrentar las situaciones cambiantes y "tratar de crecer disminuyendo". [196] En consecuencia, tenemos un punto de referencia más claro para entender la vejez, última fase del ciclo de la vida y resultado de este proceso.

b) Experiencia personal-contextual.

¿En qué consiste la experiencia de ser anciano? Una de las formas más completas de acercamos a la vejez es considerarla como una realidad existencial. Acercarnos a la persona que está envejeciendo desde su experiencia concreta y diferenciada es el modo más científico de abordar este proceso humano. La cuestión está en saber cuándo empieza la vejez a convenirse en una experiencia. Este es uno de los objetivos de la gerontología:
"Sólo conociendo primero cómo los viejos se ven a sí mismos, cómo ven su vida y la naturaleza de la ancianidad, podemos aspirar a moldear un presente y un futuro significativos para ellos y para los que serán viejos después de ellos".[197]

---

[196] Cfr. Coll, Pilar, *...y en la vejez seguirán dando fruto* pp 86-87

[197] Laroest, Jacques. *Introducción a la gerontología*.p 41

Por otro lado, esta experiencia, se entiende desde el entorno o contexto cambiante donde el individuo, vive su proceso de envejecimiento. De los cambios que padece el individuo envejeciente, algunos son inherentes al envejecer (sobre todo los orgánicos) y otros son resultado de la interacción con factores externos. Definitivamente es complicado descubrir con exactitud el origen de los cambios que se van dando a través del tiempo. Los gerontólogos, suelen referirse a este problema cuando hablan del: "principio de incertidumbre".

c) Realidad multifactorial.

En el envejecimiento intervienen diversos factores relacionados entre sí que implican un cambio evolutivo o involutivo. Pueden considerarse desde los siguientes puntos de vista:

1) Biológico.

La edad biológica corresponde a etapas en el proceso de envejecimiento biológico, el cual es "diferencial" (ocurre a ritmos distintos en diferentes órganos y funciones, por tanto, no ocurre en todos los individuos de igual forma ni al mismo tiempo), "multiforme" (se produce a varios niveles: molecular, celular, tisular y orgánico), "estructura" y "funcional".[198]

El envejecimiento como proceso biológico mutable asume formas específicas determinadas por el modo como se relaciona el hombre con la naturaleza y por su estilo de vida. No envejecen igual un minero o un oficinista de un país capitalista. Por eso, algunos distinguen entre envejecimiento normal y envejecimiento patológico. En el primer caso, se envejece por cambios inevitables en el detrimento de la persona relacionados con el tiempo, independientemente del estrés, los traumas o las enfermedades; manteniéndose cierto grado de autosuficiencia e independencia. El segundo caso, se refiere a la falta de capacidades físico-psíquicas, resultado de traumas y enfermedades (de aquí se deriva el concepto de "senectud", "senescencia" o "senilidad", y por consiguiente pérdida de autonomía y aumento de la dependencia.

¿Acaso la vejez biológica tiene únicamente un sentido degenerativo? La geriatría, que no es una ciencia muy antigua, enfrenta este y otros cuestionamientos con el fin de mejorar o retardar el proceso de crecimiento y deterioro en el hombre.[199]

2) Psicológico.

Trata de los "aspectos cognoscitivos" que afectan la manera de pensar y las capacidades de las personas de edad avanzada (proceses sensoriales, destrezas motoras, percepciones, inteligencia, habilidad de resolver problemas, entendimiento, procesos de aprendizaje, impulsos, emociones, etc.), y de los "aspectos psicoafectivos", que inciden en la personalidad y en el afecto.

Las modificaciones biopsíquicas se relacionan con el ambiente social del individuo que influye en su comportamiento: actitudes, expectativas, motivaciones, autoimagen, ajustes, etc. "La capacidad de adaptación a las pérdidas y otros cambios que se suscitan a lo largo de

---

198 Desde el punto de vista biológico, la vejez es un "proceso de decadencia estructural *y* funcional del organismo humano, y que lleva, mas tarde o más temprano, a la muerte" Cfr. Gutiérrez, Luis Miguel. *El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención:* papeles de población p 126. Véanse los conceptos básicos y las consecuencias del envejecimiento biológico en: Rivera, José Manuel. *El anciano desde el punto de vista biológico*, pp 27-40. Cereijido, M.; Covarrubias, L. *El envejecimiento de los seres humanos y el envejecimiento de las células al organismo*, en Aréchiga, H.; Cereijido M. (coords.). Op. Cit. pp 11-41

199 Sugiero averiguar cómo se averiguó esta ciencia y a los retos a los que se enfrenta en la actualidad en. Garay, José. Humanismo geriátrico, en M. García (comp.). *Medicina y sociedad* pp 56-66

la existencia determina en gran medida la capacidad de ajuste personal a la edad avanzada".[200]

3) Sociológico
Bienestar, ingreso, trabajo y familia, asociaciones, economía, gobierno, comunidad... realidades que evolucionan con el tiempo y en las que el anciano se ve inmiscuido. El envejecimiento se vincula con la sociedad en donde ocurre este proceso, la influencia que ésta tiene en los individuos envejecientes y los papeles (roles) que éstos desempeñan en la misma. Ya visto la imagen negativa que se tiene del anciano.

Las definiciones de vejez según las ciencias sociales tienen en común el concepto de "jubilado" profesional" (aquí incluimos el concepto de "tercera edad"), definida positivamente gomo una "adaptación de la participación social consecutivamente al declive biológico de la persona que envejece", o negativamente como una "exclusión o desentendimiento de toda Participación social".[201] El anciano se identifica con la población económicamente inactiva que se ha retirado de su trabajo; ha dejado de producir para convertirse sólo en un elemento consumidor y dependiente. ¿Qué pasa en los lugares donde existe una proporción baja de personas jubiladas?

4) Cronológico.
La edad objetiva, la manera más relativa y simple de considerar la vejez es contar el tiempo trascurrido desde el nacimiento. La sociedad moderna tiende a definir la vejez principalmente en términos de edad cronológica por conveniencias administrativas, estadísticas, culturales o incluso políticas,[202] pero los umbrales arbitrariamente establecidos resultan con frecuencias engañosos. La edad cronológica y el proceso de envejecimiento son fenómenos paralelos más no relacionados causalmente; no es la edad, sino el cómo se vive lo que contribuye a la casualidad del proceso.[203]

El crecimiento en años pone de manifiesto el declinar del organismo, cambios en la psique humana y en la participación social del individuo. Por lo tanto, existe cierta continuidad entre la cronología de la vejez y los otros factores. Imposible rechazar su interrelación, pero complicado analizarlo desde la diversidad de la existencia personal y de las culturas.

5) Funcional.
Para muchos investigadores, el estado funcional en las diferentes edades es la resultante de la interacción de los factores anteriores, y constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento, la manera más precisa de medir la vejez.[204] Sin embargo, esta medida tiende a minimizar el desarrollo de una vida plena de los ancianos, al considerarlos incapaces o funcionalmente limitados. Esto no refleja la realidad, es más bien una proyección de los mitos y deformaciones acerca de la vejez a lo largo de la historia.

---

200 Gutiérrez, Luis Miguel. Op. Cit. p 126

201 Laforest, Jacques. Op. Cit. p 37

202 La Asamblea Mundial sobre el envejecimiento (1982) denominó ancianas a las personas de 60 años o más, y dentro del contexto socioeconómico, "viejo" es el mayor de sesenta y cinco años (en algunas naciones varía la edad) cuya condición fundamental es no tener ocupación remunerada. De aquí se derivan otros subgrupos: los "viejos-jóvenes" (personas de 60 a 75 años saludables, en uso de sus recursos y talentos y activos) y los "viejos-viejos" o "cuarta edad" (de 75 años en adelante limitados físicamente y que requieren de apoyo ayuda en múltiples esferas). Aunque hay ancianos octogenarios que se mantienen fuertes, no es lo común.

203 Gutiérrez, Luís Miguel. Op. Cit p 126

204 Cfr. Ibidem. p 127

d) **La vejez, etapa vital**.[205]
Esta concepción de la vejez, la más equilibrada y moderna, se basa en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta de la vividas anteriormente, aunque siga manteniendo cierta relación con ellas (por ejemplo, algunos psicólogos definen la vejez como una "segunda adolescencia"). Este enfoque se inserta en las modernas teorías de la psicología del desarrollo humano.
Desde este punto de vista la vejez es una etapa más de la experiencia humana, que a diferencia de las demás, posee una realidad propia, limitaciones objetivas y subjetivas, potenciales únicos y distintivos que compensan sus carencias. Una auténtica etapa de la vida.

El repaso de estos elementos nos lleva a afirmar que el fenómeno del envejecimiento es un problema complejo y difícil de sistematizar. No obstante, el panorama conceptual se aclara: se trata de un proceso personal, heterogéneo, evolutivo, gradual y multidimensional, que culmina en una etapa vital del ser humano y que, por ser la última, adquiere una importancia capital: la vejez. Las diversas concepciones y valoraciones que de ella se hacen dependen de las disciplinas que las estudian y éstas no pueden entenderse si no están entrelazadas. De ahí que sea necesario comprender la vejez de manera global realizando una valoración integral del individuo que se desarrolla en el tiempo pero en constante relación con otras variables: historia, sexo, raza, origen familiar, educación, trabajo, estatus social, etc.
En adelante, los conceptos de vejez, ancianidad, viejo, longevidad, senilidad, senectud serán utilizados sinónimamente suponiendo los elementos arriba mencionados, convencidos de que la vejez puede y debe ser una fase positiva de desarrollo individual y social. Nos arriesgamos a comprobarlo.

4.2.2 Hacia una reflexión científico-existencial sobre el envejecimiento

4.2.2.1 Objeto y finalidad de la gerontología

La gerontología, disciplina reciente, es el estudio de la vejez. Un campo de estudio basto, complejo y poco explorado. Comprende 3 características principales:[206]

a) *Reflexión científica:* Esencialmente interdisciplinaria, en interacción con las ciencias humanas y sociales que abordan el envejecimiento pero manteniendo cierta autonomía, es decir, no es una ciencia paralela a la sociología, a la psicología, sino que trata de integrar las aportaciones de estas ciencias a su universo teórico-práctico interpretativo. En la práctica, los investigadores obtienen su competencia en gerontología a partir de las disciplinas particulares que son de su competencia, contribuyendo en gran manera al avance de la ciencia de la vejez.

b) *Reflexión existencia:* Porque la gerontología pertenece a lo humano en cuanto tal. Esta pretende prolongar la existencia humana y mejorar las condiciones de vida de las personas ancianas.

c) *Reflexión colectiva:* Envejecen tanto el individuo como la sociedad, y en esta dinámica se desarrolla la reflexión gerontológica. Actualmente la vejez plantea interrogantes a la conciencia colectiva mientras que antiguamente era un problema que sólo cuestionaba al

[205] En este punto me deje guiar por el aporte del gerontólogo español Ricardo Moragas. Cfr. Moragas, Ricardo. *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida.* pp 23-24.
[206] Cfr. Laforest, Jacques. Op. Cit. pp 11-33.

individuo. Por ello, esta ciencia es fruto de un esfuerzo de reflexión de toda una colectividad que responde a este fenómeno social.

"El mejor gerontólogo será siempre aquel que además de un método científico riguroso posea la mayor sensibilidad de la vivencia de las personas ancianas; esta sensibilización se enraíza en su actitud personal para sentir las cuestiones existenciales que suscitan los fenómenos de la vejez en relación con la conducía humana".[207]

4.3 La persona que envejece en el marco de su experiencia concreta. La comprensión de la vejez a partir de las ciencias humanas

Pasamos a otro interlocutor: la ciencia. ¿Qué ideas e imágenes de la vejez nos aporta? ¿Qué deben hacer las personas y la sociedad para lograr un envejecimiento exitoso? Doy a conocer algunos postulados de la sociología y de la psicología del desarrollo que nos pueden ayudar a comprender el significado actual del envejecimiento y las líneas básicas de acción para afrontar este proceso.

4.3.1 Algunos aspectos sociológicos del envejecimiento

4.3.1.1 La vejez como una etapa de adaptaciones

El desarrollo social humano se realiza en todas las etapas de la vida. Las relaciones sociales, elemento antropológico fundamental, influyen en la vida de la persona y en su comportamiento durante todo el curso vital. El hombre se sujeta a las influencias de la sociedad de la que él mismo forma parte y contribuye a formar. La "socialización" es el término más amplio que pone de relieve esta realidad. Puede ser considerada como: "Un proceso de aprendizaje social por el cual un individuo adquiere el conocimiento, las habilidades, las actitudes, los valores, las necesidades, las motivaciones y las pautas cognitivas y afectivas que le capacitan para participar de un modo más o menos efectivo como miembro de un grupo o una sociedad.[208]

En este proceso participan una serie de elementos (agentes, agencias, comportamientos, contextos, etc.) que varían en cada persona y desempeñan un papel distinto a lo largo de su vida.

Ante esto, el reto es adecuarse a las demandas de cada periodo social, enfrentando las nuevas situaciones y problemas diferentes, sobretodo, manteniendo la estabilidad personal en una sociedad cambiante y dinámica.[209]

Aceptación, adaptación asimilación e integración serían las etapas de la socialización que el individuo recorre consciente o inconscientemente con la finalidad de funcionar de modo eficiente como persona en la esfera social. En el caso de la vejez, como última etapa de la vida, este proceso adquiere una importancia especial: es la última oportunidad de socialización o bien, la etapa en la cual se cosechan los frutos de la socialización vivida en las fases anteriores.

Insisto en el aspecto de la "adaptación", pues es parte fundamental en el proceso de envejecimiento que exige, no sólo ajustarse a las causas externas, sino también un cambio de conducta, cierta flexibilidad personal a lo largo de toda la vida especialmente cuando se avecinan acontecimientos

---

[207] Ibidem p 45.

[208] Vega, José Luis, Bueno, Belén. *Desarrollo adulto y envejecimiento* p 284.

[209] Cfr. Moragas, Ricardo. Op. Cit. p 114. Es el enfoque que define este autor al afirmar que *"en el fondo de todo proceso individual de ajuste al medio cambiante se halla el eterno conflicto psíquico entre estabilidad y dinamismo"*.

clave como problemas de salud y relaciones sociales, el abandono de los hijos, la jubilación, la viudez, etc.

La tarea de adaptación del anciano a esta y otras cuestiones, posibilitará su pleno desarrollo o el estancamiento en su proceso de socialización. Todo depende de qué manera se enfrenten los cambios ocurridos en esta etapa vital.

Los cambios adquieren un relieve especial en 2 ámbitos: consideradas las agencias de socialización más importantes: la familia y el trabajo. Por ello menciono los problemas que enfrentan los ancianos en torno a estas 2 situaciones.

4.3.1.1.1 Adaptación a los cambios en el ámbito familiar

De las instituciones sociales, la familia es, sin dudarlo, la más importante para la realización de la persona: es la escuela del desarrollo de la personalidad y la socialización. Pero las familias cambian con el tiempo, y los cambios que se han producido en la sociedad moderna han modificado su estructura, sus roles, sus relaciones y la naturaleza de los lazos que se mantienen con los ancianos.[210] En consecuencia, debido a las nuevas formas de estructuración familiar, las personas de edad avanzadas han de adaptarse no sólo al cambio de roles (abuelidad, viudedad, jubilación, etc.), sino también a las nuevas modalidades de convivencia y de valores culturales. Con el aumento de la esperanza de vida, la familia experimenta la coexistencia de varias generaciones y, por tanto, un tiempo mayor de relación. En el caso de los ancianos que se encuentran dentro de esta dinámica de intercomunicación familiar, podemos resaltar los siguientes tipos de relación:

a) *Conyugales:* La relación matrimonial es importante para las personas mayores, pues gracias a ella, pueden ir satisfaciendo necesidades físicas (alimentación, vivienda, cuidado en la enfermedad), psíquicas (autoestima, afecto, identidad) y sociales (identificación, comunicación, pertenencia al grupo). La calidad de la relación entre los esposos ancianos es muy variable, y depende en gran parte, del impacto que tengan en cada uno de ellos las pérdidas y el modo de solucionarlas (aquí juegan un papel importante las relaciones de los miembros de la familia).[211]

b) *Fraternales.* Con frecuencia, en la madurez y ancianidad se da un reencuentro o se consolida la relación de los hermanos que, con mayor tiempo disponible, deben resolver problemas comunes.[212] Aunque también por múltiples razones, muchos hermanos viven separados o en conflicto gran parte de su vida, sino es que toda.

d) *Padre/Hijos:* Las relaciones entre padres e hijos varían entre sexos, culturas y clases. Los expertos califican esta relación en las sociedades industriales con un título descriptivo: "intimidad a distancia", es decir, que a los ancianos les gusta la intimidad y desean mantener con sus familiares unas relaciones buenas y frecuentes, pero libres, no impuestas. Un modelo de relación nueva, en la cual el teléfono juega un papel central, diría J.

---

[210] Actualmente en las sociedades industrializadas se habla mucho y se justifica históricamente el "modelo nuclear" de la familia que, según los teóricos, "está basado en la relación conyugal marido/mujer que acepta solamente la permanencia de los propios descendientes (y tan sólo a una edad determinada) y, por tanto, produce ancianos aislados". Cfr. Fericgla, Joseph, *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. pp 62-63.

[211] La pérdida de la pareja es uno de los problemas más difíciles que se debe afrontar. Aunque la viudez no afecta a todos por igual, puede dar lugar a cierta perturbación e incluso a una pérdida de identidad y a un aislamiento emocional y social. El upo de soledad que se experimenta depende no sólo de la calidad de tiempo pasado en convivencia matrimonial, sino también del apoyo familiar y *muy* especialmente del contexto social y cultura. Cf. Arago, Joaquín. Aspectos psicosociales de la senectud, en A. Marchéis-Carreto J. Palacios (dirs.). *Psicología evolutiva* p 312. Respecto a la soledad - sentirse sólo carencia voluntaria o involuntaria de compañía - y el "aislamiento" - estar solo, retirar a una persona del trato y comunicación- Cfr. López, Juan José. *Aislamiento y soledad en las personas mayores* pp 31-40; Guijarro, Juan Luís. *Soledad y Vejez* pp 521-553

[212] Cfr. Moragas, Ricardo. Op. Cit. p 143.

Fericgla.[213] Pero sin duda, hay un momento especialmente en la edad más avanzada y en los casos de enfermedad crónica en que esta independencia se hace cada vez más difícil.

En este tipo de relación, una experiencia que se acentúa en la edad avanzada es la sensación de "nido vacío" cuando los hijos se independizan y crean su propio hogar, que experimentan especialmente las mujeres, pero que les inclina a una especie de nueva maternidad dedicándose al cuidado de los nietos.[214]

e) *Abuelos/Nietos:* Las buenas relaciones de los abuelos ancianos con sus descendientes constituyen una experiencia muy positiva: abran sus vidas a una nueva dimensión, se sienten valorados y aumenta su autoestima. "El fundamento de las relaciones positivas abuelos-nietos se basa en la libertad y flexibilidad que en una sociedad altamente organizada se ofrece con poca frecuencia".[215] Sin embargo, este tipo de relación también puede ocasionar ciertos conflictos y tensiones, sobre todo entre abuelos y padres; criterios distintos en la educación, sentimientos de rivalidad o relegación, etc. Problemas que con el tiempo se modifican, a no ser que persista un "conflicto generacional" debido a la distinta y contradictoria asimilación de los cambios culturales por parte de las generaciones.

El estudio de la ancianidad en la familia es muy reciente. Las investigaciones sociológicas se centran en la ancianidad marginada que requiere de la intervención del Estado. Pero hay situaciones familiares mucho más significativas para la vida de los ancianos que influyen en su proceso de envejecimiento. He apuntado algunas con la finalidad de acercarnos al problema, pero es sólo la punta del iceberg. Lo más importante de esto es que tanto el anciano como su familia deben enfrentar las situaciones, adaptándose a los nuevos roles o papeles y, en la mayoría de los casos, modificar sus posiciones y conductas con el fin de establecer unas situaciones efectivas y afectivas en el entorno sociofamiliar.

4.3.1.1.2 Adaptación a los cambios de la situación laboral: la jubilación

La jubilación es un producto social propio de las sociedades industrializadas, una normativa cultural que homogeneiza a las personas a partir de una edad cronobiológica fijada arbitrariamente (65 años, o bien, esta cifra puede variar); símbolo social de transición a la vejez, más no su equivalente. Si bien, en sus orígenes fue establecida para aliviar la suerte de los trabajadores viejos y cansados, actualmente con el aumento de la esperanza de vida, se ha convertido en una situación con unas connotaciones que van más allá del cese de empleo. ¿Cuáles son entonces sus principales efectos?

Las causas del retiro laboral son diversas, consiguientemente los problemas que acarrea esta situación son también muy diferentes. Pensamos en el caso más comente: el del trabajador que conserva el empleo gran parte de su vida, se jubila a la edad requerida y percibe una pensión en reconocimiento de sus servicios. En este caso, la jubilación se percibe como un evento socialmente necesario, pero a nivel individual también es conceptualizada como una "crisis" debido a las pérdidas que sufre la persona (de ingresos de actividad, de roles, de estatus social, de grupo social, etc.). Para comprenderla globalmente, entendámosla mejor como un "proceso de pérdidas y adaptaciones",[216] Por ejemplo, con la jubilación del marido, la vida familiar es objeto de un cambio

---

213 Cfr. Fericgla, Joseph. Op. Cit. p 32. Magnen, Bsngston y Landry precisan este tipo de relación con el término "solidaridad asociativa", un tipo de familia extendida basada en la comunicación y en las relaciones más que en el hecho de vivir bajo el mismo techo. Cfr. Vega, José Luis; Bueno, Belén. Op. Cit. pp 308-309.

214 Cfr. Idem. pp 295-296

215 Moragas, Ricardo. Op. Cit. p 151

216 Para comprender los diferentes componentes del proceso y los momentos en el trabajo de adaptación, Atchley ha identificado cinco fases (que no han de vivirse todas forzosamente, ni puede determinarse un periodo preciso para cada una de ellas). Cfr Arago, Joaquin. Op. Cit. p 302: a) El pre retiro: puede dar

sustancial; el impacto sobre la esposa resulta muy intenso debido a la mayor presencia del esposo en el hogar; las relaciones suelen sufrir un importante reajuste, ya que es necesario planificar un nuevo estilo de vida.[217]

Precisamente una jubilación basada en el ajuste a las nuevas situaciones trae mayores beneficios para el individuo, por tanto, el problema es en la actitud que se toma frente a esta nueva realidad y los valores que hay de fondo. Quién pone en el centro del universo su trabajo por la importancia social (prestigio, relaciones, etc.) y se aboca por completo al ámbito profesional, cuando deja éste, lo más seguro es que se sienta desvinculado y desarmado, y nunca frente a la sociedad.[218]

Para facilitar la toma de conciencia de las posibilidades personales a la hora de la jubilación, no hay mejor antídoto que prepararse para ella con tiempo. Más vale contemplarla desde la edad adulta como una oportunidad de nuevos roles y de actividades con sentido de plenitud, que verla en la vejez como sinónimo de "muerte social".

Quizá de acuerdo a nuestra realidad latinoamericana, hubiera sido más pertinente traer el tema de los ancianos que trabajan o que están desempleados, víctimas de discriminación. Una realidad que debido al envejecimiento de la población no tarda en detonar consecuencias deplorables, pero dada su complejidad, y la escasez de estudios al respecto, es bueno optar por la posibilidad de la jubilación.

4.3.2 ¿Por qué envejecemos y por qué morimos?

La investigación científica ha demostrado que existen, en cada especie (y en cada individuo), factores hereditarios y genéticos que determinan la capacidad vital de las especies vivas. Los seres vivos, con raras excepciones, están programados para nacer, vivir y morir. Sin la muerte, la vida no podría evolucionar como lo hace actualmente. De aquí la importancia de la reproducción de la especie: una larga longevidad no ofrecería ventajas de adaptación en un planeta limitado en recursos naturales y conduciría a la exterminación.

Es este dilema lo que induce al investigador a analizar el mecanismo del genoma nuestro e identificar sus roles.

La mayoría de los animales que viven en la tierra, en el agua o en el aire, no envejecen o no alcanzan a envejecer porque mueren antes de la "senescencia" (lucha por la vida); los animales que viven más años con el Homo Sapiens: envejecen, cuando son bien tratados y protegidos, les sucede lo que a nosotros nos sucede, que nos cuidan en todas las edades.

La característica mayor del envejecimiento humano es la enorme diversidad de formas que presentan los individuos tanto en lo físico corno en lo mental. Esto provoca confusión entre lo que es envejecimiento normal y lo que es patológico.

---

lugar a una serie de expectativas más o menos fantásticas que luego normalmente engendrarán dificultades por su irrealidad, b) La luna de miel: periodo eufórico en el que la gente intenta hacer todo lo que no había hecho antes, c) El desencanto: los problemas económicos, la salud y todo sobre el no saber usar de su libertad nueva, puede dar lugar a un gran descontento, a una frustración, d) Reorientación: es un esfuerzo para ser realista e ir desarrollando unas rutinas aceptables y abiertas, unos roles nuevos que hay que ir estructurando, e) Estabilidad: se logra mantener el ajuste entre la actitud y las posibilidades reales.

217 Cfr. Fericgla, Joseph. Op. Cit. p 79.

218 Si bien es cierto que a esto contribuye la clase de trabajo que realice (un minero desea con más ímpetu jubilarse que un maestro de ciencias políticas) y estos estereotipos que se han formado en torno a la jubilación, en el fondo está la cuestión de la entronización del trabajo en nuestra sociedad. Por ello es necesario *"desmitificar la importancia del trabajo durante la vida activa y dignificar socialmente el descanso de los jubilados, afirmando la validez del ocio en sociedades que han idolatrado el trabajo, sus consecuencias económicas y su prestigio social"*. Cfr. Moragas, Ricardo. Op. Cit. p 162.

Dentro de este contexto confuso, los científicos han propuesto muchas hipótesis (casi 300) sobre la vejez, hipótesis que podrían repartirse en dos categorías:

a) Las hipótesis estocásticas (probabilidades, azar, etc.) que se basan en la "usura", en el desgaste del organismo, a medida que envejece.
b) Las hipótesis científicas fundadas en el "Evolucionismo genético" (Genética).

Las más numerosas son las hipótesis estocásticas que están fundadas en las múltiples alteraciones que se producen en el envejecimiento. El ejemplo de los "radicales libres" es la hipótesis con más adeptos: el "radical libre" es un elemento químico importante, subproducto del metabolismo; consiste en una molécula que lleva un electrón no aparejado (libre) que la hace altamente reactiva siendo capaz de oxidar y alterar a casi todas las células de los tejidos.

El organismo vivo tiene defensas naturales contra este tipo de sustancias tóxicas: los antioxidantes entre los cuales están dos enzimas, la Superóxido Dismutasa y la Catalasa. Es posible que actúen también las vitaminas antioxidantes como son la E y la C, pero no hay pruebas concluyentes.

Existe una enfermedad (alteración estructural y /o funcional del organismo), la Trisomía 21 (síndrome de Down), que consiste en un envejecimiento acelerado durante el cual se produce, en el organismo, en gran cantidad, el "Superóxido Dismutasa", que es tóxico, (contradicción entre Superóxido Dismutasa como antioxidante y como medicamento en el caso de los radicales libres), lo cual es nefasto para el organismo humano.

Otra hipótesis estocástica es la llamada "Cross -linking": Consiste en un proceso por el cual ciertos azúcares provocan ligazones entre las proteínas las cuales pierden sus propiedades características provocando alteraciones graves en el organismo.

Una tercera hipótesis, es la de los "Residuos tóxicos" que explica el envejecimiento para la acumulación en las células de residuos que no se degradan sino que se acumulan especialmente en aquéllas que se dividen poco.

Estas dos últimas hipótesis, afectan el funcionamiento de las células del organismo lo cual conduce lentamente a la muerte celular.

Leslie Orgel, EE.UU., propone la hipótesis de la "acumulación catastrófica de errores" por alteraciones del funcionamiento celular, alteraciones que, a su vez, provienen de los fallos en la "síntesis" de las proteínas.

En Francia, París, en el CNRS se pone a prueba, actualmente, la hipótesis de "Deficiencia de las Mitocondrias", que son portadores de ADN, que se exponen a los ataques de los "radicales libres".

Así, podríamos llegar a cerca de 300 hipótesis estocásticas a las cuales deberíamos agregar las "hipótesis inmunológicas" y las "hipótesis neuroendocrinas" que se basan en el funcionamiento del "Sistema Inmunológico" y del "Sistema hormonal" respectivamente.

Axél Koward, del "Instituto Nacional de la Investigación Médica", Londres, ensaya actualmente el integrar todas las "hipótesis estocásticas" en un solo modelo matemático que lo pondría a prueba en el terreno real.

Nuestras críticas a las hipótesis estocásticas se refieren a los siguientes temas:

1- Las hipótesis estocásticas están acantonadas en las células y olvidan a los órganos y al organismo entero funcionando integradamente, es decir, no nos dicen nada del envejecimiento (senescencia) del organismo humano.
Por ejemplo, nos muestran el "envejecimiento de la piel" de nuestro cuerpo que empieza cuando el organismo llega a la adultez (veinticinco-treinta años); en la mujer se acelera con la menopausia debido a la carencia estrogénica, lo que produce una atrofia de la epidermis y una disminución del espesor de la dermis debido a un descenso del tejido colágeno y alteraciones del tejido elástico. Lo que no sabemos es por qué se produce la carencia de estrógeno.

   Esta pérdida de elasticidad en la piel, que sucede en mujeres y hombres (sucede en la dermis y en la epidermis), está muy influencia por el ambiente externo, especialmente por la exposición permanente a las radiaciones solares.

   Se ha hecho mención al llamado "suicidio de las células" que se produce normalmente de dos formas: la "necrosis" que es la destrucción de los elementos que constituyen la célula debido a las agresiones externas ambientales; y la otra forma es la "apoptosis", fenómeno activo, que sucede cuando las células entran en un proceso de autodestrucción que se caracteriza por: el núcleo celular se contrae, la cromatina se condensa, y el ADN se fragmenta.

   La apoptosis se produce más frecuentemente en el desarrollo embrionario: a medida que las células se multiplican con gran rapidez se produce la muerte (apoptosis) de las que resultan inútiles. Este proceso está controlado por genes.

2- Estas hipótesis estocásticas, no toman en cuenta los aspectos múltiples del envejecimiento humano, ni tampoco hacen comparaciones con lo que sucede con el envejecimiento y la muerte en otras especies vivas. El fenómeno aparece como si sólo existiera en nuestra especie.

3- Tampoco estas hipótesis se interesan por explicar el ritmo de las alteraciones celulares y cómo se regula, ni tampoco cómo se produce la distribución demográfica de las alteraciones y de las muertes consecutivas. La estadística y la teoría de probabilidades (bases de las hipótesis estocásticas) podrán explicar algo más, pero no las usan

4- Tampoco los estocásticos toman en cuenta que existen grupos comunitarios humanos[219] que no sufren nunca esas alteraciones estructurales - funcionales, que pasan con facilidad los cien años (3 % del total de la Humanidad), que viven 120-140 años, y que nosotros mismos hemos verificada en diferentes sitios de la Tierra: Ecuador (Vilcabamba); Hounza (Pakistán); Abkasia (Cáucaso) (existen otros grupos también en observación por la OMS), y también en China y en Rusia.

En términos de "Evolución Orgánica", uno se pregunta sobre el interés que tendría (o el rol) del envejecimiento para el individuo y para la especie: ¿es que el envejecimiento es favorable a la sobrevida de la especie?, ¿qué ventajas tiene para el individuo?, ¿cuál es la necesidad de envejecer?, ¿es indispensable para la muerte individual?

A mi entender, todas estas preguntas son trascendentales, pero no tienen respuestas precisas por ahora.

---

[219] San Martin, Hernán. Op Cit.

Nos se ve con claridad la ventaja selectiva y evolutiva del envejecimiento humano (gerontogenes), sin embargo, se podría pensar que el período del envejecimiento humano existiera para impedir la acción nociva y fatal de los gerontogenes.

Otra posible hipótesis sería la de considerar que los factores responsables de la senescencia fueran los mismos factores favorables a la reproducción de la especie.

Existen casos de genes de las hormonas sexuales, que son, más tarde, implicados en el desarrollo del cáncer de seno en las mujeres (otro tipo de relación).

En las ratas, que son mamíferos como nosotros, el hipotálamo comanda las funciones del ovario al mismo tiempo que participa en el envejecimiento de la rata.

Ahora, es necesario recordar que, tanto en el proceso del envejecimiento como en la muerte humana, intervienen muchos factores, internos y externos, que pueden combinarse o no. La distribución de estos factores (riesgos) en los grupos comunitarios humanos se hace en relación con el nivel de desarrollo económico y material de las sociedades humanas y, dentro de este marco, a los " niveles de vida" en la comunidad; a los "modos de vida individuales"; a los "niveles culturales"; al cuidado que se dé al "ambiente ecológico" en que se vive; y a la cantidad y calidad de los "riesgos", de toda naturaleza, que se acumulan en el ambiente familiar y social.

De aquí que la demografía cambia de una sociedad a otra y produce gran variación en el envejecimiento y en la edad de la muerte (los riesgos mayores son las enfermedades y los accidentes).

Por ejemplo, actualmente EE.UU. debe ser el país con mayor desarrollo económico, industrial y tecnológico en la Tierra y debería tener el nivel de vida más alto (si se le mide por el desarrollo material); sin embargo, en 1993, las Naciones Unidas lo consideraron como el "país más arriesgado para la vida en la Tierra".

Si ustedes analizan la demografía de los países de la Tierra (UNESCO) encontrarán que las tasas de morbilidad y de mortalidad, más bajas y más favorables a la vida no están hoy en los países más desarrollados e industrializados, sino en países pobres (comparativamente) que han conservado su contacto con la Naturaleza sin alterar sin alterar el ambiente ecológico y sin caer en el consumismo, el urbanismo, el industrialismo, etc.

Tom Kirkwood, del "National Institute for Medical Research ", y Michael Rose, Universidad de California, Irvine, trabajan, en un contexto general, una hipótesis que ellos llaman "Disposable Soma " (Théorie du soma á usage limité). La reflexión que ellos se hacen es la siguiente: "la mayoría de las *muertes,* en las poblaciones naturales de seres vivos en la Tierra, se producen por accidentes y enfermedades activas, de naturaleza muy diversa que no tienen una relación estable con la edad de la muerte".

La longevidad es mayor si se basa en el mantenimiento normal (estructuras y funciones) del soma o cuerpo. Éste es el conjunto de células (en tejidos, órganos, sistemas, etc.), con excepción de las células germinales, del organismo total. El mantenimiento comprende el aprovisionamiento de "energía" y de "materiales" para la renovación celular (proteínas, hidratos de carbono, agua, grasas vitaminas, etc.).

En estas condiciones, es una desventaja invertir o gastar más de lo que necesita el organismo (recursos metabólicos para sobrevivir) en buenas condiciones, el tiempo de su "esperanza de vida sana" (normal) en medio natural.[220]

La inversión óptima para el mantenimiento del soma será siempre inferior al nivel que permitiría una sobrevida indefinida. En el sentido darwiniano (evolutivo), esta inversión óptima permitiría una adaptación máxima a la especie.

Se puede deducir también la longevidad de las especies varía según sea el flujo de energía consumido y la forma en que cada especie la reparte entre el mantenimiento del soma y la reproducción de la especie.
A nivel celular, mientras la respiración produce más ATP las mitocondrias son más activas y hay que dedicar más energía a la actividad y al mantenimiento de las mitocondrias.

Resumiendo, a nivel celular se encuentra lo mismo que se halla a nivel del organismo entro, y lo mismo sucede en la especie, en la que los trastornos de la oxidación y del metabolismo están en correlación con la longevidad.

La hipótesis del "Disposable Soma" acepta, sin embargo, que en una población humana en equilibrio con su ambiente estable (poco frecuente), las diferencias de longevidad provienen de variaciones genéticas neutras (en términos de evolución). De ser neutras al comienzo, estas variaciones comienzan a recibir el efecto de la "selección" porque el ambiente del Homo Sapiens, el ambiente natural y el social, cambia debido a que nosotros cambiamos de forma permanente.

La vitalidad de nuestras células es otro tema que preocupa a estos investigadores. Las células de los tejidos y órganos de nuestro cuerpo no son inmortales.

Cuando se les cultiva *"in vitro"*, en los laboratorios, dejan de proliferar después de un cierto número de divisiones: por ejemplo, los fibroblastos del embrión nuestro no se dividen más de 50 veces y el potencial de división celular disminuye con la edad del individuo y con el efecto de ciertas enfermedades como el "síndrome de Werner" (envejecimiento acelerado).

No sabemos aún dónde se ubica el "reloj biológico" que regula la programación de la muerte celular. Algunos investigadores piensan que esos genes están situados en los cromosomas 1 y 4, además, el gen "C-Foss" participa en esta pérdida de potencial de proliferación, lo cual está aún por probarse.

Otra hipótesis sostiene que el "límite de la longevidad" de las células es impuesto por las extremidades de los cromosomas, los llamados telómeros, que actúan en cada división celular. Cuando los cromosomas se acortan demasiado son desestabilizados y el núcleo de la célula se destruye.

Pero el límite de longevidad de las células no explica todo el envejecimiento: cuando una persona muere muy longeva, las células de su organismo poseen aún un potencial de multiplicación bastante importante, ¿cómo se explica este fenómeno?

Esta hipótesis tampoco explica el envejecimiento de células que no se dividen, como son las neuronas o las células cardíacas.

---

[220] Todo lo desarrollado por el Homo Sapiens es artificial; lo no humano es lo que llamamos naturaleza.

De tal modo que el futuro de la longevidad está ahora en manos de los investigadores científicos. Es posible que, a comienzos del siglo XXI, se haya intervenido con éxito en el "sistema de regulación" del organismo humano en relación con el "sistema de separación del ADN", lo cual permitirá el mantenimiento de la vida en buenas condiciones fisiológicas en unos veinte años más.

Las investigaciones que más prometen se realizan con DHA (dehidroepiandrosterona) que es una hormona natural que aparece ligada al sistema HLA. Esta hormona previene la autoinmunidad, prolonga la longevidad en las ratas y es protectora del ADN. La DHA está presente en la sangre humana, en una concentración mayor que cualquiera otra hormona, pero comienza a descender su concentración después de los veinticinco o treinta años.

En EE.UU. Gran Bretaña, Francia, etc. Se está investigando una serie de elementos que actuarían en contra de la senescencia (envejecimiento normal):

- La Co-enzima Q10 (Ubiquinona 50) que aparece como un elemento clave en las mitocondrias de las células; esta enzima está ligada al Sistema Inmunitario (SI) general HLA.
- Mercaptoetanol (2M.E.): este elemento prolonga, en el laboratorio, la sobrevida de los linfocitos (células de la inmunidad) y parece ser regenerador del ADN.
- El Superóxido Dismutasa (SOD) es eliminador de radicales libres; esta sustancia aumenta en la trisomía 21, que es un envejecimiento acelerado. ¿contradicción?
- El aceite de Onagra (Enotera) contiene ácido linoleico que es el más importante de los ácidos grasos indispensables para el metabolismo humano.
- Contiene también ácido gamma-linoleico que tiene un rol importante en el funcionamiento del sistema inmunitario y del sistema hormonal. Es también antiesclerótico, como todos los linoleicos, y prolonga, por tanto, la longevidad.
  El ácido linoleico es un ácido graso no saturado, un ácido esencial que deberíamos recibir diariamente en una proporción de 10 % de las calorías diarias. Una carencia en vitaminas F (contiene el ácido linoleico) en nuestra alimentación puede causar problemas a la piel, al crecimiento, a los cabellos, a la disponibilidad del calcio, al mantenimiento de la inmunidad, a la destrucción del colesterol, a la prevención del endurecimiento de las venas.
- Los lípidos activos parecen ejercer gran influencia en el funcionamiento del sistema inmunológico y en el funcionamiento celular.
- Las hormonas del timo juegan un rol capital en el crecimiento del organismo y en la maduración del sistema inmunitario (timosina y otras hormonas). De los veinticinco años a los cuarenta y cinco años de edad desciende mucho la producción de estas hormonas y el timo se reduce de tamaño, de peso y luego desaparece, todo hace pensar que el timo es un regulador esencial del envejecimiento y que su regresión, en la edad adulta, marca el delineamiento de la capacidad inmunitaria de nuestro organismo.

Este conocimiento sobre el timo exige verificar estas hipótesis para prolongar y el funcionamiento del timo.

Parece que el timo está relacionado con las reacciones "anti-yo" que son características de la senescencia.

- Se están ensayando injertos celulares para prolongar la longevidad y para restaurar el sistema inmunitario: son injertos del timo y de células de la médula espinal.
- El complejo neuroendocrino (hipotálamo del cerebro y varias glándulas endocrinas: hipófisis, suprarrenales, timo, tiroides) es productor de sustancias encéfalo reactivas que están siendo investigadas para usarlas en el tratamiento de alteraciones neurológicas y psíquicas de la senescencia.

- Se está investigando el rol de la hipófisis, por Everitt y su equipo, como regulador cronológico del envejecimiento humano: las hormonas hipofisarias retardarían el envejecimiento en las ratas y mejoran las funciones del ADN al igual que las del sistema inmunitario.
- Los tejidos cerebrales demuestran a los investigadores que ellos se regeneran y crecen si son trasplantados. Se estudia, al mismo tiempo, la plasticidad del sistema nervioso central para permitir o aceptar injertos, trasplantes, incluyendo el cerebro.
- Sobre el envejecimiento y la muerte en el *Homo Sapiens* se estudia la posible existencia de dos reguladores cronológicos que estarían ubicados en el cerebro y otro a nivel celular.
- El paso más decisivo en estas investigaciones está en vías de aclararse experimentalmente: se refiere al control de la regulación de los genes del organismo lo cual permitiría la regulación del envejecimiento humano para vivir más extendiendo la longevidad media y la longevidad máxima.
- En Francia, 1993, el CNRS dio a conocer un artículo[221] en el que se pone en evidencia la asociación de dos genes con la longevidad: uno es una proteína que transporta el colesterol y el otro es una enzima que actúa sobre la vasodilatación.

  El gen que es proteína posee tres variantes:
  Épsilon 2: disminuye el "mal colesterol";
  Épsilon 3: es neutro, no aumenta ni disminuye el mal colesterol;
  Épsilon 4: aumenta el mal colesterol.

La comparación de estas tres variantes del gen en un grupo de 300 centenarios de humanos y una muestra testigo de 160 adultos de veinte a setenta años muestra que los centenarios tienen más frecuente la variante 2 (12.8 %) contra 6.8% en la población testigo. Más raramente la variante 4 (5.2 %) contra 11.2 % en la población testigo.

El gen que es enzima y que actúa sobre la vasodilatación posee dos variantes: I y D.

El gen D es desfavorable porque aumenta los riesgos de infarto; paradójicamente es el más frecuente entre los centenarios. ¿Contradicciones?

Existe una contradicción o es posible que los que escapan al infarto reciben la influencia de la dilatación vascular, lo cual es una ventaja para prevenir el infarto. O bien podría explicarse por una interacción con otros genes de la longevidad que aún no han sido identificados (?). Habrá que investigar más.

Actualmente, se piensa que los genes implicados en la longevidad son varias docenas; hay quienes piensan, que no son más de una docena.

Después de todo lo analizado alrededor del proceso del envejecimiento humano, nos parece que río puede ser tratado como un mero proceso biológico o como una "fatalidad" irreparable. Lo que parece claro es la "complejidad" del ser humano que es al mismo tiempo, biológico, ecológico, mental, cultural y social. Al analizar el proceso del envejecimiento, debemos tener en cuenta esta situación para poder ubicar el objeto de estudio (el envejecimiento) en el contexto, también muy complejo y variable de una relación dinámica entre la persona que envejece y su ambiente total. El desarrollo del envejecimiento en el *Homo Sapiens* varía mucho con estas asociaciones de factores, internos y externos, que influyen en el proceso individual del envejecimiento. Por ejemplo, el envejecimiento no aparece a una edad precisa e invariable a toda la población humana:

[221] D. Cohen, Rev. *Nature Genétics*

Existe una gran variación de edad en que se presenta (lo mismo sucede con la muerte), en los síntomas que se observan y en las relaciones de la persona que envejece.

No hay una relación cronológicamente directa entre el envejecimiento y la muerte de una persona: existe una programación genética del proceso del envejecimiento en el individuo de una especie viva; existe también una programación de la "capacidad vital máxima" para la especie pero la fecha de la "muerte" individual no está programada; ella se produce antes o después en la relación a la cantidad y calidad de "riesgos" fatales que alteran y destruyen nuestro organismo (enfermedades, intoxicaciones, accidente, armas, etc.).

En realidad, la edad de la muerte de cada individuo varía mucho en relación a los riesgos (internos o externos) que existen en el ambiente de vida y a los modos de vida de cada cual.

Cada uno de nosotros (sucede en todos los seres vivos, en diferentes formas), dispone de una especie de "reserva" contra los "riesgos" del ambiente (sistema inmunitario HLA). En la infancia el sistema "madura" y se desarrolla progresivamente hasta la edad adulta. El timo es el órgano principal del sistema "sistema inmunitario HLA" al producir los "linfocitos T" que son los pilares del sistema. Después que desaparece el timo (tres a cuatro años), el sistema comienza a perder eficacia (envejecimiento). Después de los sesenta y cinco a setenta años, se nota una disminución de las funciones inmunitarias, resfriados, infecciones de la piel, bronquitis, cansancio con el ejercicio, demora en la recuperación, etc.

Entre nosotros y el tiempo de Demócrito, Heráclito, etc., han pasado alrededor de 2,500 años y nuestro pensamiento general sobre el envejecimiento y la muerte general no ha cambiado mucho. La diferencia mayor es que, aquellos sabios de la antigüedad, daban la mayor importancia al fenómeno ecológico y a los "riesgos" del ambiente externo, en tanto que el hombre moderno agrega la intervención de los genes y de la herencia genética en la producción del envejecimiento y de la muerte de los seres vivos.

Después de todo lo analizado aquí sobre el envejecimiento humano y la "muerte prematura en nosotros, se puede afirmar que, contrariamente a lo que suelen decir los médicos, los procesos de envejecimiento y de muerte en su gran mayoría, no ocurren naturalmente (casualidad natural) sino que obedecen a una causalidad bien precisa que es de carácter social y cultural: enfermedades, tóxicos, accidentes, desequilibrios ecológicos, herencia genética, ignorancia, etc.

No es una "casualidad" natural ni "mala suerte" que la especie humana *(Homo Sapiens)* tenga, entre todos los seres vivos, las tasas más altas de morbilidad y de muertes prematuras, y que estemos viviendo sólo la mitad del tiempo de vida que genéticamente (capacidad genética vital) tiene nuestra especie. La vida media de la Humanidad actual oscila alrededor de sesenta años y los investigadores nos hablan de capacidad vital genética de ciento veinte, ciento cuarenta y hasta ciento cincuenta. Por lo demás, se tiene información concreta y verificada de personas que han vivido estas longevidades largas y sanas.

El hecho de que las tasas de mortalidad y las de la "esperanza de vida" estén estancadas en prácticamente todos los países de la Tierra, podrían hacernos pensar que hemos llegado a un "límite de tolerancia biológica y mental" frente a las altas tasas de morbilidad (endemias, epidemias, pandemias) y a la enorme cantidad de "riesgos" que las sociedades humanas están produciendo continuamente con el falso pretexto del desarrollo económico y del progreso social. Las encuestas nacionales, que la OMS pública, indican que más del 90 % de las poblaciones mundiales están constantemente enfermas, lo cual ha provocado la ineficacia de los "sistemas de servicios de salud":

las necesidades sociales y de salud han llegado a un límite de insatisfacción intolerable en los países más desarrollados de la Tierra.

Todos los riesgos que nos rodean y que van en aumento,[222] son productos de la actividad del Homo Sapiens: los automóviles no existían al comienzo del siglo XX, hoy son la tercera causa de muerte en Francia y en todos los países desarrollados.

La actual "crisis de la salud" es mundial y es consecuencia de: la demografía mundial incontrolada; la industrialización masiva de la vida humana, la producción y consumo incontrolados; el "valor salud" es de menor importancia que el "valor económico"; la vida se rige por éste y no por aquélla.

Lo curioso es que la OMS, y las mismas "Naciones Unidas", presentan "tendencias demográficas" sobre el futuro de la Humanidad que son optimistas y deseables, pero sin bases firmes: pronostican una estabilización del crecimiento de la población del mundo, hacia el último cuarto del siglo XXI, en unos 10 ó 12 mil millones de población humana de la Tierra, lo cual corresponde a un número de nacimientos anuales de 130 millones (cifra igual a la de 1994) con una "vida media" de ochenta a ochenta y cinco años para ese futuro.

Este pronóstico está fundado en el supuesto que la fecundidad en los países más desarrollados ascienda (no dan cifras del ascenso) y en los menos desarrollados descienda (no dan cifras). Lo cual, si sucediera, significaría un empobrecimiento de los países ricos y un enriquecimiento en los países pobres. A mi entender esto ni siquiera se vislumbra.

M.J. Bourgeois, demógrafo bien conocido en Francia, piensa que si la fecundidad de la población de los países menos desarrollados desciende al nivel 2 niños por mujer que hoy tienen los países más desarrollados, la Humanidad estaría expuesta a extinguirse porque se produciría la invasión de la Tierra por mayores de sesenta y cinco años, lo cual, si fuera cierto, se produciría hacia el año 2500, que sería el año de la "guerra de generaciones".

4.3.3 ¿Qué significa todo esto que aquí presento?

Solamente mi interés es mostrarles a ustedes la complejidad de los fenómenos y procesos en que vivimos, y que no es posible esperar todo de la genética porque nuestra vida es un "complejo activo", biológico, mental y social, que actúa siempre interrelacionado con los demás factores que intervienen en la vida de los seres vivos (herencia-genética-organismo biológico-psiquismo-ambiente social y ecológico).

Es evidente que la "genética molecular" ha proporcionado el acceso a los genes específicos y a las proteínas que los codifican. La transferencia, en los cromosomas de un animal o de una planta, los genes modificados por introducción de moléculas de ADN utilizando las técnicas modernas adecuadas, proporciona a los genes nuevos "trazos" genéticos que serán transmitidos de generación en generación. Los individuos vivos producidos a través de tales alteraciones son llamados transgénicos.

La mayoría de estas experiencias se han realizado en animales (transgénicos) sometidos a técnicas de microcirugía de los genes y técnicas de embriología tratando de desarrollar una "terapia génica" con perspectivas de llegar a ser una terapia genética.

---

[222] En Francia, en 1994, el Gobierno regaló 5000 francos y la empresa bajó el precio en 5000 francos a toda persona que compraran un auto francés nuevo, los accidentes fatales aumentaron al poco tiempo de esa acción.

Los objetivos de estas experiencias se han referido a transferencias en los genes inducidas para producir inmunidad y resistencia a parásitos, virus, modificación de metabolismos, uso de ciertos organismos como fermentadores vivos que sintetizan proteínas de alto valor agregadas a la sangre circulante o a la leche, o también para "humanizar" células u órganos en vista a realizar trasplantes en el Hombre.

La complejidad del genoma de las células (animales, plantas), o la intervención de varios genes en la biosíntesis, complica la intervención y el éxito no siempre se alcanza.

Los efectos del envejecimiento varía mucho entre las personas de la misma edad y del mismo sexo, pero también varían entre las diferentes funciones que puedan desarrollar los individuos: alteraciones de la visión (catarata, por ejemplo), memoria (de las cosas lejanas o de las cosas recientes), orientación, equilibrio, aprendizaje, aparición de placas seniles (en la cara, en los dorsos de las manos, etc.) degradación neurofibrilar, etc., en todo caso la frontera entre lo que es producto del envejecimiento (normal), y lo que se agrega al proceso del envejecimiento (patológico), no siempre es fácil establecerlo.

Uno de los aspectos más difíciles de establecer son las alteraciones que ocurren durante el envejecimiento en el cerebro (SNC). Existen técnicas para evaluar las pérdidas neuronales y las alteraciones del cerebro (estructuras y funciones), pero su interpretación no es aún evidente. Por ejemplo, la interpretación de las pérdidas neuronales se hace a través del cambio de comportamientos en el longevo.

A partir de los cuarenta años de edad, el organismo nuestro pierde unas 100,000 neuronas al día. El encéfalo[223] contiene una gran reserva de neuronas que le permite suplir las pérdidas que se producen por deterioro, uso, o por lesiones cerebrales.

En realidad, no hay pruebas de que el envejecimiento sea el productor de "trastornos mentales". La capacidad de aprender no disminuye y la memoria tampoco, lo que puede suceder es que disminuya la velocidad del aprendizaje o la velocidad de memorizar, y todo esto puede ser temporal, pasa con entrenamiento.

El hipocampo, que es una región del cerebro implicada en la memoria, es la primera, por tanto, en sufrir las pérdidas neuronales del cerebro. Éste tiene, además, otras funciones que dependen de él: aprendizaje, memoria inmediata, la atención dividida o polivalente, etc.

Hoy se piensa que estas deficiencias funcionales son debidas a pérdida de neuronas que, a su vez, son compensadas por modificaciones estructurales: conexiones suplementarias, sustitución de neuronas pérdidas, crecimiento de los axones, capacidad de las neuronas para remodelar sus circuitos.

El descubrimiento de esta plasticidad cerebral conduce a relativizar la noción misma de senescencia: en realidad, parece no existir síntomas específicos del envejecimiento humano[224] o, al menos, no existe una definición exacta de la "vejez normal".
Por otro lado, sabemos que el cerebro puede conservar su metabolismo normal hasta una edad avanzada: el cerebro, en el plano funcional, envejece menos rápido que lo que se pensaba.

---

[223] El cerebro contiene más de 10,000 millones de neuronas (cálculo).

[224] Propósitos obtenidos en 1998 del investigador del CNRS, París, Chales Cohén- Salmón, especialista en nuevo comportamental.

En el nivel clínico, un cierto porcentaje (variable) de personas presenta una aparente baja de sus facultades mentales (memoria, acústica, ciertos comportamientos, falta de concentración, etc.) que no debe interpretarse como síntoma de una probable "demencia", si no hay pruebas que lo justifiquen. Generalmente, se trata de personas de edad avanzada que han sido siempre así y que son repetitivas frente a determinadas situaciones, o bien que olvidan cosas que venían a hacer.

Actualmente, hay investigadores que están dando importancia a estos casos, especialmente a los descensos de la memoria inmediata. Aún se ignora su significación, pero se la puede combatir con "gimnasia cerebral" o bien usando medicamentos que favorecen la plasticidad del cerebro.[225]

A nivel microscópico, el envejecimiento cerebral se va conociendo más y más, por ejemplo, se comienza a conocer los últimos mecanismos de la muerte neuronal: el "glutamato" es un neurotransmisor, excitador mayor del sistema nervioso central (SNC), que interviene en el desarrollo del cerebro y en el funcionamiento de la memoria. En caso de hiperproducción (a causa de un accidente vascular cerebral, de un shock traumático o de una enfermedad neurodegenerativa) esta molécula libera "iones radicales" que son muy tóxicos. Estos fenómenos de excitación, de toxicidad, de shock, aceleran la pérdida neuronal cumulativa produciendo una degeneración de la "audición" en los ancianos.

Estas neuronas, así destruidas, no tienen posibilidad de ser reemplazadas, sin embargo, ciertas "fibras transmisoras nerviosas" pueden recuperarse.

Las investigaciones se están ampliando alrededor de estos fenómenos de toxicidad: el "monóxido de azote" (NO) no es una molécula neurotóxica implicada en el envejecimiento de la retina, y los investigadores han desarrollado ya modelos de colirios que bloquean la producción de NO.

Existe, en nuestro organismo, una gran cantidad de moléculas químicas que participan en el intercambio de información entre las células; por ejemplo, una carencia de factores neurotróficos puede conducir a la muerte celular... en este tipo de caso se recurre a la "terapia génica" que consistiría en llegar a colocar un "gen terapéutico" en estructuras cerebrales precisas, o bien la difusión de un "gen corrector" en los ventrículos cerebrales para inducir la producción de ciertos "factores neurotrópicos" en zonas extensas del cerebro.

Las hormonas están también en tela de juicio en los procesos químicos del envejecimiento: recientemente se ha descubierto que una tasa excesiva de cortisol produce o puede producir el deterioro de las facultades intelectuales en las personas ancianas.

Por otro lado, los estrógenos (hormonas) administrados en el tratamiento de la menopausia tienen un efecto protector contra las deficiencias cognitivas y sobre ciertas enfermedades degenerativas del cerebro, tal como la "enfermedad de Alzheimer". Esto no es nada extraño puesto que, ya lo hemos visto, la genética interviene en la "senescencia cerebral" como en otros fenómenos ligados al envejecimiento humano, ya sean a nivel celular (provocando la apoptosis celular) o a nivel del organismo por la vía de genes de la susceptibilidad.

Se ha estudiado los componentes genéticos de varias enfermedades ligadas a un "degeneración cerebral": varios genes implicados en la "enfermedad de Alzheimer" han sido identificados y localizados en los cromosomas 21, 19, y 14.

---

[225] Se trata de una nueva molécula cercana a las anfetaminas ya a la venta.

Resumiendo, está ya claro que la "genética" interviene en la senescencia cerebral como también en otros fenómenos ligados al envejecimiento humano, ya sea a nivel celular como a nivel del organismo entero.

Pero la realidad es que aún no conocernos en su totalidad el fenómeno del envejecimiento humano. Sabemos que cada especie viva, a una edad que le es particular, comienza a ser más y más vulnerable a las agresiones del ambiente de vida, a los modos de vida, etc., pudiendo llegar a pasar los cien años de vida (3 % de la Humanidad) pero no mucho más.
¿Cómo es posible que el envejecimiento o senescencia, en la especie humana, se produzca con tanta regularidad, y conduzca a la muerte en la misma forma, en circunstancias que los genetistas nos dan esperanzas de una "capacidad vital genética" de 120-140 años para nuestra especie?

Los objetivos básicos de la investigación científica actual, en el ámbito de la vida humana y del envejecimiento paulatino que conduce a la muerte, es la identificación de los genes que regulan el proceso de nuestro "ciclo vital"

A este nivel de complejidad máxima,[226] estructuras, funciones, interrelaciones, regulaciones, controles, etc., el organismo vivo, el nuestro, aparece corno algo inexplicable; sin embargo, Einstein escribía, en “Mi visión del mundo” de 1980, lo siguiente: "la cosa más incomprensible acerca del Universo y de la Vida es el hecho de que sean comprensibles para nosotros, y que podamos demostrarlo".

En estos momentos existe una verdadera competencia entre los equipos de investigadores científicos por demostrar la verdad de las miles de hipótesis que existen sobre el Universo, sobre la Tierra, sobre la vida en la Tierra, en EE.UU., en Gran Bretaña, en Alemania, en Canadá, en Japón, en Francia, en Italia, etc.

Yo pienso que el tema de fondo en esta competición es la pregunta que antes nos hicimos:

¿Por qué "envejecemos" tan precozmente y "morimos" tan pronto si tenemos una "capacidad genética vital" que nos permitirá vivir hasta ciento cincuenta años?

Los "investigadores biologicistas" piensan que el "genoma" de la especie humana puede estar fallando en su proceso de la regulación del envejecimiento humano (ensayos y errores).

Puede ser cierto, pero exige demostrarlo y esperemos que se dé la solución a mediados del siglo XXI, teniendo en cuenta que la genética explica el contenido de los códigos genéticos relacionados con la regulación y el control de los genes.

Pero, además, tenemos que tener en cuenta que los "riesgos anti-vida" que existen en nuestros ambientes de vida son muchos (físicos y psíquicos), tantos como para neutralizar los factores pro-vida que proporcionan los genes.

Yo creo que es esta la situación actual de la Humanidad y de la mayoría de los seres vivos de la Tierra. Los "riesgos" para acelerar el envejecimiento y la muerte (enfermedades, tóxicos, accidentes, alimentos inadecuados, poluciones, radiaciones, etc.) Aumentaron, con gran rapidez, en el siglo XX, especialmente después de las dos Grandes Guerras Mundiales y especialmente con la industrialización (progreso económico y tecnológico adverso al Homo Sapiens) desenfrenada y el

[226] La naturaleza, de la cual formamos parte, funciona y evoluciona sobre la base de ensayos y errores.

consumismo incontrolado de parte de las sociedades humanas. Estos elementos están invadiendo y destruyendo nuestra ecología, que es la base de toda la vida en este planeta.

Lo que digo lo están confirmando varios hechos concretos y reales: estancamiento del descenso de la "mortalidad general", aumento de la "morbilidad general" en las poblaciones humanas con predominio de tres grupos de enfermedades que afectan al 70 % de la población: enfermedades cardiovasculares, cánceres, accidentes de todo tipo; el 30 % restante es afectado por riesgos menos fatales. La "esperanza de vida", después de la Segunda Guerra Mundial, oscila alrededor 50 a 55 en los países menos desarrollados y de 70 a 75 en los más desarrollados (promedios), es decir, en años no logramos alcanzar la mitad de la "esperanza de vida" si pudiéramos utilizar nuestra "capacidad vital genética" de la especie: la presión externa (producto del Homo Sapiens mismo) ¿parece ser más fuerte que los códigos genéticos de nuestra especie?

Para la "gerontología", la genética y la investigación científica sobre el proceso de envejecimiento humano representan la posibilidad de probables medios de tratamiento del envejecimiento prematuro, en la especie humana. Concretamente, la intervención quirúrgica sobre los genes del envejecimiento y de la longevidad, intervención que significa regular la funcionalidad de los genes, identificados y ubicados, para bloquearlos, para neutralizarlos y /o para estimularlos a actuar como retardatarios del proceso de envejecimiento actual y, si es posible, determinar una prolongación del ciclo vital de la "Juventud" y/o el de la "Edad Adulta", todo lo cual supone la prolongación de la longevidad individual actual, en salud y en actividad.

Éste es un paso adelante muy grande y trascendental para la especie humana (y para todos los seres vivos en la Tierra), pero no es "el todo" del problema. Deberemos resolver, además, todos los problemas, externos y ambientales, que se han producido, no naturalmente, sino por la actividad del Homo Sapiens: problemas demográficos, ecológicos, económicos, sociales, culturales, educaciones, urbanización y vivienda, alimentación, ejércitos, armamentos, guerras, etc., que, junto a la industrialización desenfrenada (anti-ecológica) y el consumismo sin objetivos, constituyen los "riesgos" más abundantes y más malignos que ponen en peligro las esperanzas de vida sana y más larga de la especie humana.

A través del análisis de las hipótesis más trabajadas, que aquí no están todas las que son, yo percibo que, aparentemente, son muchos los factores que intervienen en el complejo proceso del envejecimiento-humano que, según expresa el Dr. Huber Warner, director del Instituto Nacional Norteamericano del Envejecimiento, "el envejecimiento del Homo Sapiens es el más complejo de todos los problemas biológicos junto al estudio del cerebro humano".

Lo que a mí me impresiona más en esta situación es la gran variabilidad de la causalidad del fenómeno en estudio, por una parte; por otra, la gran estabilidad y el ritmo de los ciclos de nuestra vida desde el nacimiento hasta nuestra muerte; en tercer lugar, la enorme carga de "riesgos" que hemos creado nosotros mismos en el ambiente externo, que es el ambiente ecológico de la especie, sin consideraciones biológicas ninguna, actuando aún en contra del código de nuestros propios genes como sucede con los riesgos de enfermar, de accidentarse, de intoxicarse y de morir prematuramente.

Es toda una estructura económico-social la que hay que cambiar para ponerla al servicio de todos los seres vivos en la Tierra; es todo un sistema de producción y consumo el que hay que cambiar; es todo un sistema de Educación y Cultura el que hay que modificar; es toda una manera de pensar lo que hay que enseñar para darle otro sentido a nuestra vida, ésta es una tarea inmensa, individual y colectiva (son indispensables) que hay que reiniciar, ningún sistema de Salud puede ser eficaz si se

aplica a poblaciones que viven, ricos y pobres, en las condiciones ecológicas y de riesgos que vive la Humanidad actual.

Capítulo 5:

El adulto mayor en el Distrito Federal

Por el resto de tu vida no serás tan joven como en este preciso instante

5.1. La ciudad de México

Para entender la complejidad de la situación del adulto mayor del Distrito Federal, es necesario conocer el también complejo entorno en el que se desenvuelve, como lo es la Ciudad de México.

La ciudad ha sufrido cambios drásticos desde 1325 al ser la esplendorosa México-Tenochtitlan, en 1521 al convertirse en una extensión de España tras la conquista, vivir 3 siglos de colonización, el convertirse en autónoma tras las guerras de independencia y revolución, hasta ahora ser una ciudad modelo y el principal bastión democrático y libertario de Latinoamérica.

La Ciudad de México o Distrito Federal es la capital y sede de los poderes federales de los Estados Unidos Mexicanos [227] constituye una de sus 32 entidades federativas y forma con la Zona Metropolitana del Valle de México la aglomeración urbana más poblada de América[228] y una de las más pobladas del mundo.

La superficie del Distrito Federal ocupa 1,485 kilómetros cuadrados, la décima parte de la cuenca de México. En 2010 viven ahí más de 8 millones de habitantes,[229] por lo que la capital es la segunda entidad federativa mexicana con mayor población, después del estado de México.

El ingreso per cápita del Distrito Federal ascendía en 2008 a 281,110 pesos mexicanos, lo cual equivalía en dólares nominales de septiembre de 2008 a 25,258 dólares.[230]

Su aportación al PIB Nacional es de 21.8% a través de servicios comunales, sociales y personales.

El Distrito Federal es una entidad federativa con estatuto político especial por ser la sede del gobierno federal mexicano. Nominalmente se encuentra bajo el dominio del Ejecutivo Federal, pero el ejercicio del gobierno local corresponde desde 1997 a una autoridad electa por los capitalinos.

El Distrito Federal representa el 0.1% de la superficie del país.

El Distrito Federal tiene una extensión territorial de 1 485 kilómetros cuadrados (Km^2), por ello es la entidad federativa más pequeña a nivel nacional.

En la tabla se muestra la comparación de extensión territorial entre el Distrito Federal (la entidad federativa más pequeña) y Chihuahua (la más grande).

FUENTE: **INEGI. Marco Geoestadístico Municipal**

227 Artículo 44 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

228 Según los censos oficiales de INEGI, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) y Citypopulation, se considera la más poblada.

229 II Censo de Población 2010. INEGI.

230 Banamex, "Indicadores Regionales de Actividad Económica 2008". http://banamex.com/esp/pdf_bin/esem/df-irae-0209.pdf

5.1.1 Hidrografía

Antiguamente una buena parte del territorio del Distrito Federal fue ocupado por el sistema de lagos de la cuenca de México. Esta se formó hace más de un millón de años con la aparición de la Sierra de Chichinauhtzin, que represó a los ríos que corrían hacia el sur y produjo que las aguas se acumularan formando un gran lago; posteriormente, la cuenca fue abierta por obra del ser humano a través de la construcción de los tajos de Huehuetoca y Nochistongo, en el Estado de México, para desviar al río Cuautitlán que era el que causaba las inundaciones en aquella época. La decisión de desecar el sistema lacustre fue tomada durante la época virreinal. Aunque estas obras se realizaron como consecuencia de la inundación de 1629, fueron incapaces de evitar que la Ciudad de México se anegara en repetidas ocasiones entre los siglos XVII y XVIII.

Plano del lago de Texcoco, en el que es posible apreciar el efecto de desecación sobre el lago.

El 17 de marzo de 1900, el presidente Porfirio Díaz inauguró el Sistema de Desagüe del Valle de México, que continúa en funciones e impide el crecimiento de los cuerpos de agua en el suelo capitalino. Los últimos remanentes de los cuerpos de agua son los sistemas de canales que riegan la chinampería de Xochimilco y Tláhuac, así como los humedales de Tláhuac.

El lago de Xochimilco en la actualidad se encuentra reducido a canales que son alimentados con aguas tratadas del cerro de la Estrella.

A partir de la construcción de las grandes obras que tenían como propósito la desecación de los lagos, la cuenca de México quedó integrada artificialmente por medio tanto del Gran Canal del Desagüe como por el río Cuautitlán, a la cuenca del río Moctezuma, que forma parte de la región hidrológica del río Pánuco. La explotación de los recursos hídricos con propósitos de consumo humano e industrial provocó la desaparición de los manantiales de las zonas aledañas. Durante el siglo XIX, desaparecieron los manantiales de Chapultepec. En el siglo XX, muchos de los manantiales de Xochimilco y Atlapulco fueron canalizados para abastecer de agua al centro de la ciudad hasta su agotamiento. Desde de la década de 1980, los canales de Xochimilco, Tláhuac y Míxquic son alimentados con aguas tratadas de la planta del cerro de la Estrella.

También fue en este período cuando, para estimular el carácter turístico de Xochimilco[231] se introdujeron especies vegetales (como el lirio acuático) y animales (como la carpa) que pusieron en grave peligro la supervivencia de las especies nativas como el axolote y el tule.

[231] A partir de la segunda mitad del siglo XIX Xochimilco se convirtió en un paseo muy popular para los habitantes del Valle de México. En esta época, los canales que comunicaban las ciudades de Xochimilco y México eran frecuentados como paseo por las clases acomodadas de la capital. Sin embargo, al cegarse el canal de la Viga en 1938, el paseo entre las chinampas sólo podía realizarse en Xochimilco. Para entonces, se trataba ya de un paseo popular.

El agua de los ríos que aún bajan al Distrito Federal es conducida al lago de Texcoco o al Gran Canal del Desagüe para ser drenada hacia el Golfo de México, a través del sistema Tula-Moctezuma-Pánuco. Los únicos cursos de agua que sobreviven en la entidad federativa nacen en la sierra de las Cruces o en el Ajusco, y son de poco caudal. Muchos de ellos corren entre barrancas que han sido ocupadas por asentamientos humanos, lo que pone en peligro tanto a los habitantes como a los ecosistemas asociados al río. Ejemplos de estos ríos son: San Joaquín, Tacubaya, San Ángel, Barranca del Muerto, Los Remedios, Río Hondo, Mixcoac, Magdalena, etc. El más largo de estos ríos es el Magdalena, que corre por el área protegida de Los Dínamos, antes de ser entubada y desembocar en el río Churubusco.

5.1.2 Relieve

Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el territorio del Distrito Federal se localiza en la provincia geológica de Lagos y Volcanes del Anáhuac. El límite norte del Distrito Federal está dado por la sierra de Guadalupe del que forma parte el cerro del Tepeyac. Hacia el centro oriente del Distrito Federal se localiza la sierra de Santa Catarina, una cadena de volcanes apagados cuyo punto más alto es el volcán de Guadalupe o El Borrego, que se eleva 2780 metros sobre el nivel del mar (en algunas descripciones de la geografía capitalina se suele incluir al cerro de la Estrella como parte de la sierra de Santa Catarina).

La planicie del valle de México, en el que se asienta la mayor parte de los habitantes del Distrito Federal sólo es interrumpida por pequeñas lomas y cerros, de los cuales destacan el peñón de los Baños, localizado cerca del Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México. Más al sureste, en la salida a Puebla, se levanta el peñón Viejo.

En el poniente de la ciudad se levanta el cerro de Chapultepec. Es un pequeño monte que marca el inicio de las serranías que recorren desde el oeste hasta el sureste el Distrito Federal, y separan al valle de México de los valles de Toluca y de Morelos. La sierra de las Cruces es parte de ese sistema, de ella bajan la mayor parte de los ríos que aún surcan el Distrito Federal.

Al oriente de la sierra de las cruces se encuentra el volcán Ajusco, que es la cumbre más elevada del Distrito Federal, y da su nombre a la serranía que cierra la cuenca de México por el sur. Está cadena montañosa pertenece al Eje Neovolcánico y también recibe el nombre de Sierra de Ajusco-Chichinauhtzin. Entre otros, forman parte de ella los volcanes Xitle, Chichinauhtzin, Tláloc, Pelado, Cuautzin y Teuhtli; juntos comprenden aproximadamente la mitad del área del Distrito Federal. Es parte de la región conocida como Gran Bosque de agua, de la cual nacen los Ríos Balsas y Lerma. La serranía del Ajusco aloja varios valles de tierra fría en los que sus pobladores practican la agricultura de trigo, avena y maíz. De ellos los más importantes es la meseta donde se asienta

Volcán Popocatépetl

Volcán Ajusco

Principales elevaciones en el Distrito Federal

Nombre	msnm
Volcán Ajusco	3,930
Volcán Tláloc	3,690
Volcán Pelado	3,620
Volcán Cuauhtzin	3,510
Volcán Chichinauhtzin	3,490

Parres, en Tlalpan; y el valle de Milpa Alta, que sube desde Tecómitl hasta San Pedro Atocpan, entre las faldas de los volcanes Teuhtli y Tláloc.

5.1.3 Clima y medio ambiente

Por su altura sobre el nivel del mar, el Distrito Federal ocupa climas que van desde el templado hasta el frío húmedo y tundra alpina en las partes más altas de las sierras del sur.

La zona urbana presenta un clima templado lluvioso, con temperaturas que pueden ser superiores a 28°C en algunos días del final de la primavera y temperaturas que pueden bajar a 0°C o menos en enero. La temporada húmeda en el Distrito Federal abarca de mayo a noviembre, si bien la pluviosidad es mayor entre los meses de junio y agosto. La última nevada sobre la Ciudad de México ocurrió el 12 de enero de 1967 en la que nevó en toda Ciudad de México. El patrón de las lluvias indica que son más abundantes mientras mayor sea la altitud de un sitio. Por ello, las partes bajas cercanas al vaso del lago de Texcoco suelen ser más secas que las cumbres del Ajusco. De igual manera, la altitud condiciona la temperatura y los ecosistemas en el Distrito Federal. La zona que comprende el norte de Iztapalapa, los territorios de Iztacalco y Venustiano Carranza y el oriente de Gustavo A. Madero es la región más seca y templada. En contraste, las cumbres de Chichinauhtzin y el Ajusco están cubiertas de bosques de pino y encino, donde aún es posible encontrar algunas especies animales salvajes como el teporingo (endémico de las regiones volcánicas del centro de México), serpientes de cascabel y aves de diferentes especies.

Parámetros climáticos promedio de Ciudad de México

Mes	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Anual
Temperatura diaria máxima (°C)	19	21	24	26	26	24	23	23	22	22	21	20	**22**
Temperatura diaria mínima (°C)	5	6	8	10	11	13	12	12	12	11	8	6	**9**
Precipitación total (mm)	9	9	13	27	58	157	183	173	144	61	6	8	**847**

Fuente: Wheatherbase 2003

Según el Servicio Meteorológico Nacional, la temperatura máxima alcanzada en la Ciudad de México ha sido de 37 °C y la mínima fue de -7 °C en 1973.

El avance de la mancha urbana ha puesto en peligro a todos los ecosistemas que existieron en el valle de México. Los primeros en padecer la depredación del género humano fueron los lagos. Asociados a ellos existieron arboledas de ahuejotes, una especie endémica de los lagos de México. También eran además el hogar de numerosas especies acuáticas, como el axolote o las garzas, que fueron perseguidas hasta su desaparición del valle de México.

De las montañas desaparecieron todas las especies mayores de mamíferos, especialmente los venados y algunos géneros de cánidos que fueron cazados para comercializar la carne o para defender el ganado. En las laderas y cuevas de los cerros se refugian especies más pequeñas, como los murciélagos, varios géneros de roedores y serpientes ponzoñosas y otras inofensivas.

Hacia la década de 1980, la situación ambiental de la Ciudad de México estaba al borde del desastre ecológico. El crecimiento de la actividad industrial hizo de la atmósfera de la otrora *región más transparente del aire* (según Alfonso Reyes Ochoa)[232] una de las más contaminadas del planeta. El problema del abasto de agua se hizo más evidente, puesto que la ciudad no cuenta con fuentes propias y suficientes del líquido, y la demanda de la población y la industria superaban la oferta.

Contaminación de la ciudad, en parte debido a la quema de combustibles de automóvil e industria.

Entre las primeras medidas que se tomaron para aliviar un poco la situación estuvo la introducción de un sistema de medición de la calidad del aire (conocido como IMECA).[233] Los resultados de la medición señalaban que la polución del aire podría acarrear problemas graves de salud a los habitantes de la capital. Por ello se tomaron medidas complementarias destinadas unas a la reducción de contaminantes atmosféricos, y otras a la recuperación ecológica del Distrito Federal. Por ejemplo, se implementó el programa *Hoy no circula*, para que las personas dejaran de usar sus automóviles una vez a la semana (dos, en los días que hubiese contingencia ambiental).

Como complemento de lo anterior, se recuperaron algunas regiones no urbanizadas del Distrito Federal. En 1986, más de la mitad del territorio capitalino fue declarado Área de Reserva Ecológica por el presidente Miguel de la Madrid Hurtado.[234] En años posteriores se emitió igual declaración para otras zonas del D. F. A pesar de todo ello, la presión de la urbe mantiene en peligro las zonas protegidas del Distrito Federal.

En junio de este año, el Jefe de Gobierno Marcelo Ebrard hizo mención que a 25 años de distancia aún existe mucho trabajo por hacer Al encabezar el "Mayors Adaptation Forum" en la ciudad de Bonn, Alemania, el Jefe de Gobierno de la Ciudad de México, llamó a la comunidad internacional a actuar inmediatamente y no perder más tiempo en el diseño e implementación de acciones concretas para detener el deterioro del planeta, ya que se requiere de mayor apoyo desde los gobiernos nacionales y las organizaciones multilaterales.

---

232 Quizá el epígrafe más famoso de la literatura mexicana sea el que don Alfonso Reyes preparó para su *Visión de Anáhuac*: "Viajero: has llegado a la región más transparente del aire". Dos características especiales se advierten de inmediato. Primero, que don Alfonso no recurrió a ninguna frase ya hecha sino que él mismo la escribió. Una primera versión la redactó en su conferencia ateneísta *Paisaje de la literatura mexicana en el siglo XIX* ("Caminante, has llegado a la región más transparente del aire"). En segundo lugar, esta frase intenta describir el escenario natural de Tenochtitlán. Es versátil: funciona como introducción, como hilo conductor y como conclusión. Años después, Carlos Fuentes escribió el título tan conocido, *La región más transparente*. Puede conjeturarse que se inspiró en *Visión de Anáhuac*.

233 El Índice Metropolitano de la Calidad del Aire (IMECA) funciona en México como valor de referencia para que la población de grandes ciudades como el Distrito Federal conozca los niveles de contaminación ambiental que prevalecen en su zona de residencia o trabajo.
El IMECA se obtiene a partir de las mediciones de la calidad del aire que realiza el Sistema de Monitoreo Atmosférico de la Ciudad de México. El IMECA se emplea para comunicar a la población del Valle de México el grado de contaminación y el nivel de riesgo que este representa para la salud humana, así como las recomendaciones o acciones que pueden realizar para su protección. El IMECA se calcula empleando los promedio horarios de la medición de los contaminantes ozono (O3), dióxido de azufre (SO2), dióxido de nitrógeno (NO2), monóxido de carbono (CO) y partículas menores a 10 micrómetros (PM10).
El IMECA se publica cada hora para la población de la Zona Metropolitana del Valle de México, que abarca la totalidad del Distrito Federal y la zona conurbada del Estado de México

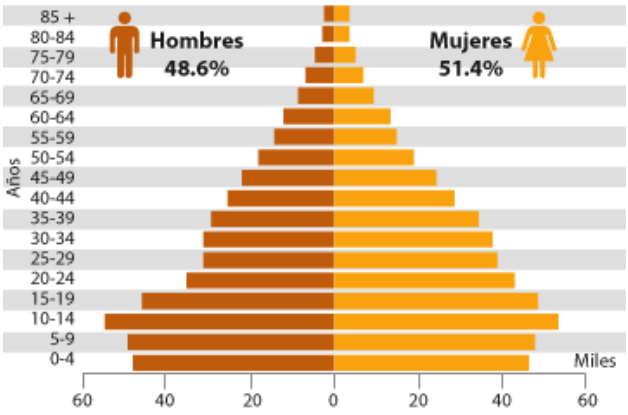
234 Por medio del Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación de 4 de diciembre de 1986.

Destacó el progreso que han tenido las ciudades alrededor del mundo para crear mecanismos de adaptación y mitigación al cambio climático, como es el caso del Pacto de la Ciudad de México al que se adhirieron voluntariamente 183 gobiernos locales de diversas partes del planeta que representan a alrededor de 300 millones de personas y ese día preciso se anexaban las ciudades de Quezon, Filipinas; Suwon, Corea; Kaohshiung, China Taipei (Taiwán); Almada, Portugal y Oeiras, Portugal

5.1.4. Datos estadísticos

5.1.4.1 Población

En el Distrito Federal según el Censo de Población y Vivienda de 2010, existen 8’851,080 habitantes, siendo 4’617,297 mujeres y 4’233,783 hombres.



FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

Concepto		Estados Unidos Mexicanos	Distrito Federal
Distribución de población	**Rural**	22%	0.5%
	Urbana	78%	99.5%
Escolaridad		8.6 años	10.5 años (Casi segundo año de educación media superior)
Hablantes de lengua indígena de 5 años y más		6.7%	1.5%
Densidad poblacional		57 habitantes/Km^2	5920 habitantes/Km^2
Esperanza de vida	**Hombres**	73.1 años	73.8 años
	Mujeres	77.8 años	78.8 años

COMPARATIVA DEL DISTRITO FEDERAL CON EL RESTO DEL PAIS.

FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

Número de habitantes por entidad federativa		
Lugar a nivel nacional	**Entidad Federativa**	**Habitantes** (año 2010)
	Estados Unidos Mexicanos	112 336 538
1	Estado de México	15 175 862
2	Distrito Federal	8 851 080
3	Veracruz de Ignacio de la Llave	7 643 194
4	Jalisco	7 350 682
5	Puebla	5 779 829

FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

Delegación	Habitantes (año 2010)	Delegación	Habitantes (año 2010)
Iztapalapa	1 815 786	Gustavo A. Madero	1 185 772
Álvaro Obregón	727 034	Tlalpan	650 567
Coyoacán	620 416	Cuauhtémoc	531 831
Venustiano Carranza	430 978	Azcapotzalco	414 711
Xochimilco	415 007	Benito Juárez	385 439
Iztacalco	384 326	Miguel Hidalgo	372 889
Tláhuac	360 265	La Magdalena Contreras	239 086
Cuajimalpa de Morelos	186 391	Milpa Alta	130 582

INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

5.1.4.2 Dinámica poblacional

El territorio del actual Distrito Federal ha sido históricamente una de las zonas más pobladas de México. Hacia principios de la época independiente, la mancha urbana de la Ciudad de México se hallaba restringida más o menos a lo que hoy es la delegación Cuauhtémoc. A principios del siglo XX, cuando Porfirio Díaz gobernaba México, las élites del Distrito Federal comenzaron una

migración hacia el sur y el poniente. Pronto, pueblos como Mixcoac o San Ángel fueron convertidos en sitios de recreo o descanso por los miembros de las clases altas de la ciudad. La tendencia de las clases acomodadas a trasladar su residencia al poniente de la ciudad se reforzó a lo largo de todo el siglo XX.

En los terrenos que fueron ganados al lago a causa de la desecación de la cuenca, fueron habilitados nuevos fraccionamientos habitacionales llamados colonias con el propósito de dar cabida en ellas a los miembros de las clases medias y bajas. La primera de ellas es la que en la actualidad se conoce como Colonia Doctores, fundada hace un siglo con el nombre de Colonia de los Arquitectos. A ella siguieron otras como Obrera y Morelos (destinadas a la clase popular), y Roma y Juárez (ocupadas por la burguesía porfiriana).

En la década de 1950, el área urbana del Distrito Federal comenzó a desbordarse del territorio de las delegaciones centrales hacia los terrenos desocupados de las delegaciones periféricas. En el transcurso de las décadas siguientes, la población de la Ciudad de México se multiplicó por dos en intervalos de veinte años, más o menos. El crecimiento se explica por la alta concentración de la actividad económica industrial en el valle de México. La concentración económica en el Distrito Federal estimuló la inmigración proveniente de los estados de la república, especialmente de estados pobres como Puebla, Hidalgo, Oaxaca y Michoacán.

Hacia la década de 1980, el Distrito Federal era la entidad más poblada de la República Mexicana. En 1985, buena parte de la población de las delegaciones más afectadas se fue a residir a las delegaciones del sur del Distrito Federal. En 1990, la mancha urbana de la ciudad ocupaba una superficie mayor que en el censo anterior, con una población más reducida. A partir de entonces, El Distrito Federal como entidad federativa únicamente ha dejado de ser la entidad más poblada de México.

5.1.4.3 Zona Metropolitana

Zona Metropolitana de la Ciudad de México.

Como consecuencia del crecimiento demográfico del Distrito Federal, en la década de 1970 los municipios mexiquenses aledaños al Distrito Federal quedaron conurbados a la zona urbana. Su integración en la zona metropolitana está relacionada con su condición de zonas industriales, condición que atrajo a buena parte de los migrantes que llegaron al valle de México por aquella época. En 1990 se definió que la ZMCM abarcaba las dieciséis delegaciones del Distrito Federal más treinta y ocho municipios del Estado de México. La más reciente definición, aprobada por el gobierno local, los gobiernos estatales de México e Hidalgo y el gobierno federal, definieron la Zona Metropolitana de la Ciudad de México como el área urbana formada por las 16 delegaciones del Distrito Federal, 40 municipios conurbados del Estado de México y uno del Estado de Hidalgo.[235]

Está definición es *positiva* en el sentido de que todos los municipios están conurbados o cumplen con los requisitos de integración económica y social. También se aprobó la definición de la Zona Metropolitana del Valle de México, integrada por otros 18 municipios del Estado de México (en

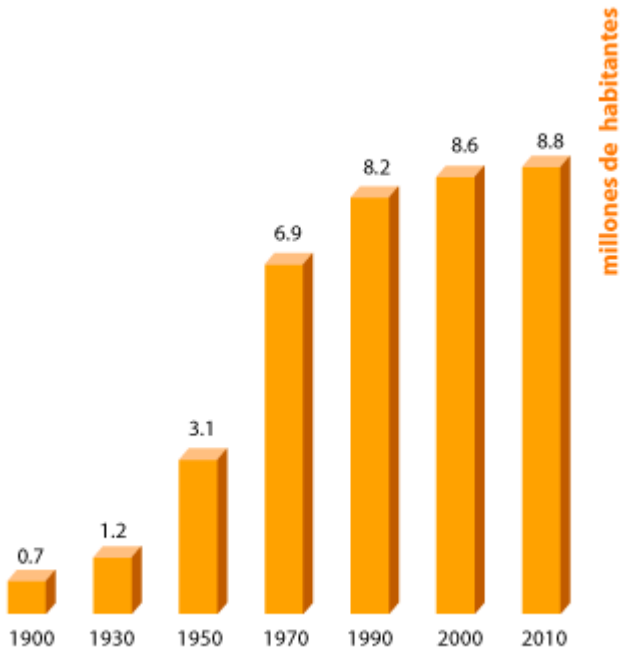
[235] CONAPO 2003

total 58), como definición *normativa*, es decir, integrada por algunos municipios que todavía no se han conurbado, pero que dada la dinámica de crecimiento poblacional y geográfico, quedarán integradas en el futuro próximo.

5.1.4.4 Crecimiento

Los censos que se han realizado desde 1900 hasta 2010 muestran el crecimiento de la población en el estado de Distrito Federal.

Población total del Distrito Federal
(1900 - 2010)



FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

Se observa en la gráfica que:

- De 1900 a 1970, la población del Distrito Federal creció aceleradamente.
- De 1970 a 1990, la población en la capital del país aumentó en más de 1 millón de habitantes.

5.1.4.5 Natalidad y Mortalidad

Durante el 2008, en Distrito Federal se registraron 160,377 nacimientos y 52,404.[236]

Las principales causas de muerte fueron las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos.

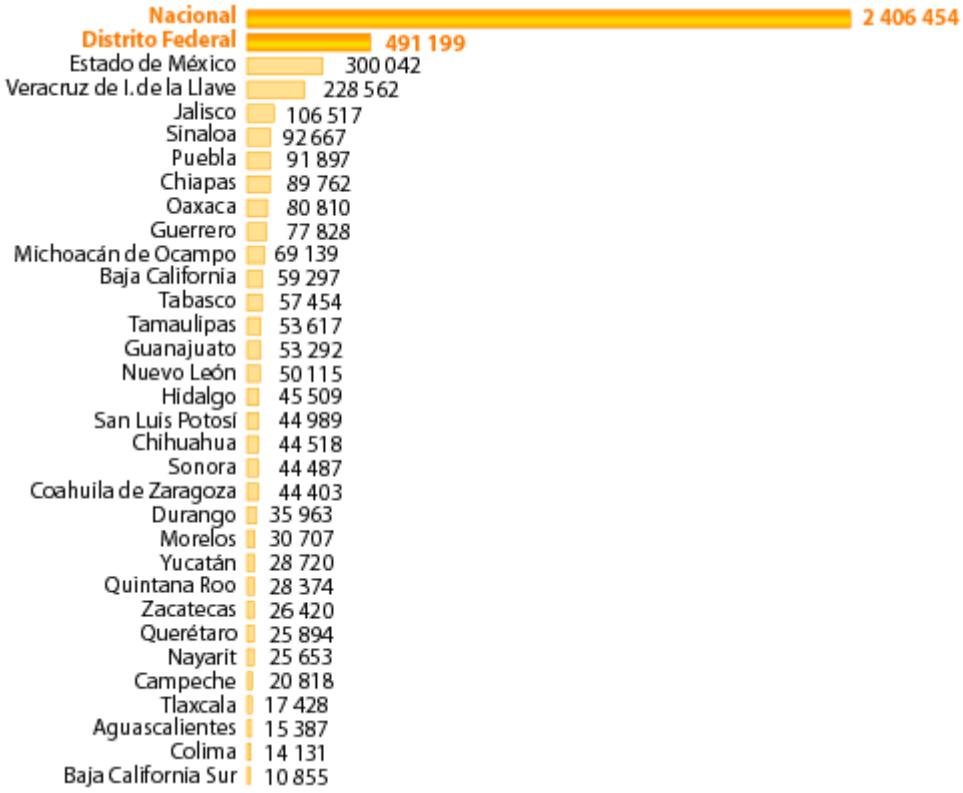
[236] Fuente: INEGI Boletín de Estadísticas Vitales 2008

5.1.4.6 Movimientos migratorios

5.1.4.6.1 Emigración interna

En el 2005 salieron del Distrito Federal 491 199 personas para radicar en otra entidad.

Emigrantes por entidad federativa (año 2005)



Nota: Migración según lugar de residencia cinco años antes. Las cifras se refieren a la población de 5 años y más. Excluye a la población que cinco años antes residía en otro país.[237]

De cada 100 personas:

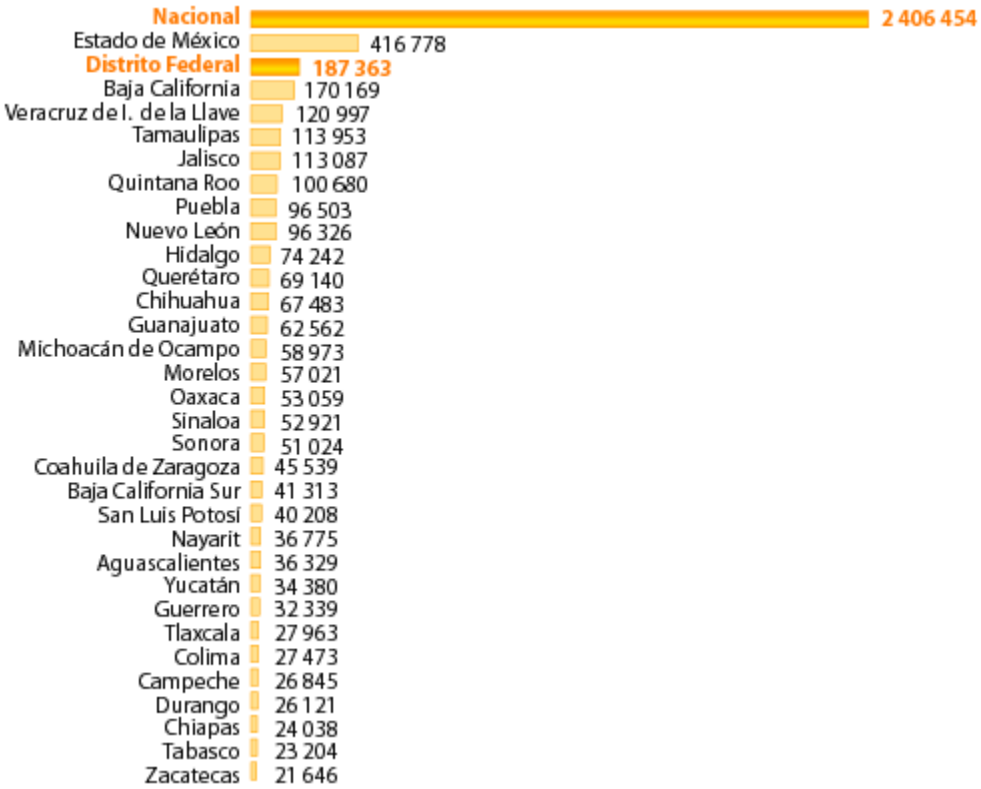
- 57 se fueron a vivir al estado de México,
- 4 a Querétaro,
- 4 a Hidalgo,
- 4 a Morelos y
- 3 a Veracruz de Ignacio de la Llave.

[237] Fuente: INEGI. Perfil Sociodemográfico del Distrito Federal. II Conteo de Población y Vivienda 2005.

3.1.4.6.2 Inmigración interna

En el 2005 llegaron de otras ciudades a vivir al Distrito Federal 187 363 personas.

Inmigrantes por entidad federativa (año 2005)



Nota: Migración según lugar de residencia cinco años antes. Las cifras se refieren a la población de 5 años y más. Excluye a la población que cinco años antes residía en otro país. [238]

De cada 100 personas:

- 38 provienen del estado de México,
- 9 de Veracruz de Ignacio de la Llave,
- 8 de Puebla,
- 6 del estado de Oaxaca y
- 4 de Hidalgo.

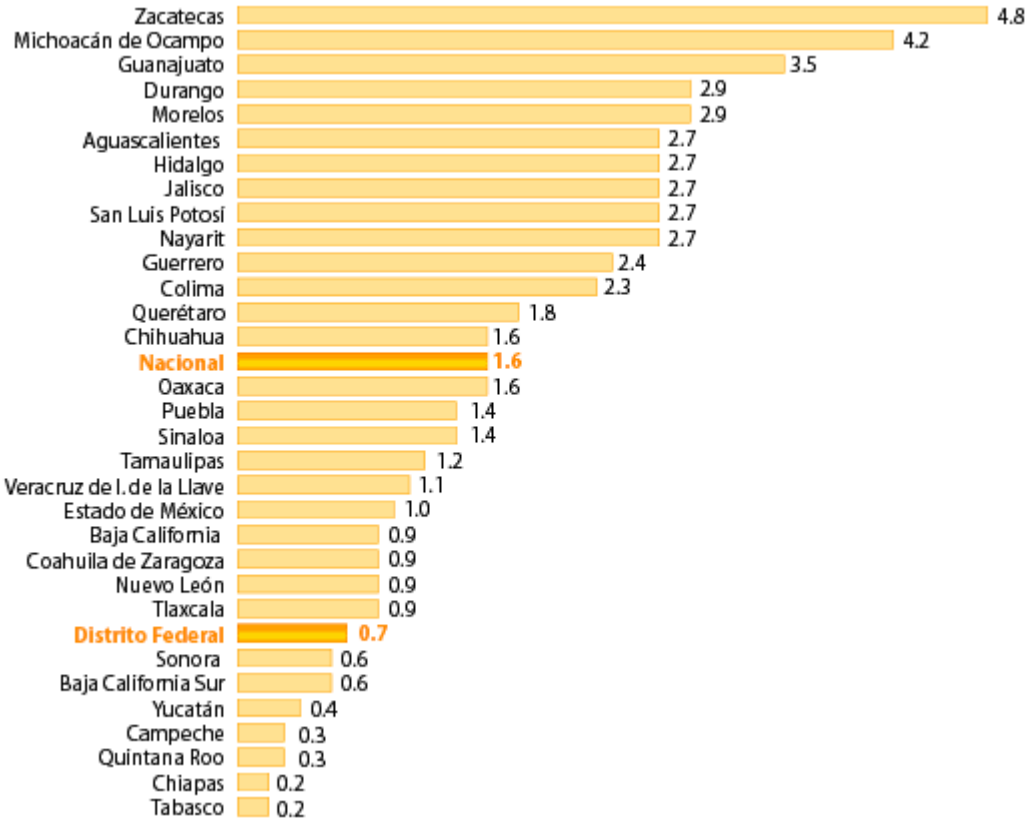
Llegan al Distrito Federal 187,363 personas al año.

[238] Fuente: INEGI. Perfil Sociodemográfico del Distrito Federal. II Conteo de Población y Vivienda 2005.

5.1.4.6.3 Emigración internacional

Al año 2000, 59,368 habitantes del Distrito Federal se fueron de esta entidad para vivir en Estados Unidos de América; esto significa siete de cada 1 000 personas. El promedio nacional es de 16 de cada 1 000.

Porcentaje de población emigrante a Estados Unidos de América, para cada entidad federativa (año 2000)



FUENTE: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Base de datos de la muestra censal.

La mayor parte de los habitantes de la ciudad son mestizos (población con ascendencia mixta: europeo e indígena). A pesar de que en números relativos la población indígena no representa más del uno por ciento del total de la población capitalina, el Distrito Federal es el ámbito de población amerindia más amplio de México y de América, con más de 360.000 indígenas de casi todas las etnias del país. El mayor de los grupos étnicos que habitan en el Distrito Federal es el de los nahuas.

Otros grupos indígenas que habitan en el Distrito Federal no son nativos de la región. Las comunidades indígenas migrantes más amplias de la Ciudad de México son los mixtecos, otomíes, zapotecos y mazahuas, aunque se encuentran también los tlahuicas, los purépechas y grupos de origen maya. Las delegaciones con el mayor número de indígenas son: Milpa Alta, Xochimilco, Tláhuac, Iztapalapa y Cuauhtémoc.

Suele ocurrir que las generaciones de indígenas nacidos en la Ciudad de México se asimilen a la cultura cosmopolita dominante, aunque en las dos últimas décadas se observan movimientos reivindicativos de las culturas indígenas capitalinas. La mayor parte de los indígenas que viven en el

Distrito Federal ha abandonado el uso de su lengua vernácula[239], que reserva sólo para ciertos ámbitos de la vida doméstica.[240]

Producto de la inmigración de origen internacional, el Distrito Federal también alberga la mayor parte de los extranjeros que radican en México. Las comunidades más amplias son los españoles, la estadounidense, la argentina, la colombiana, la francesa, la alemana y la libanesa, que forman el resto de la población capitalina formando un muy pequeño porcentaje.

5.1.4.7 Lenguas

Como en todo México, el idioma dominante en el Distrito Federal es el español. Éste es hablado por la inmensa mayoría de los habitantes de la capital. La gran diversidad étnica en el Distrito Federal deriva en una gran diversidad lingüística. Prácticamente todas las lenguas indígenas de México se hablan en la Ciudad de México, pero las mayoritarias son el náhuatl, el mixteco, el otomí, el zapoteco y el idioma mazahua.

Las lenguas indígenas más habladas en el Distrito Federal son:

Lengua indígena	Número de hablantes (año 2005)
Náhuatl	33,796
Mixteco	13,259
Otomí	12,623
Zapoteco	14,117
Mazateco	11,878

FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

En el Distrito Federal, hay 122 411 personas de 5 años y más que hablan lengua indígena, lo que representa menos del 1%.

5.1.4.8 Vivienda

En el 2010, en el Distrito Federal hay 2 386 605 viviendas particulares, de las cuales:

- 2’312,839 disponen de agua entubada dentro o fuera de la vivienda, pero en el mismo terreno, lo que representa el 96.9%
- 2’362,017 tienen drenaje, lo que equivale al 99.0%
- 2’375,582 cuentan con energía eléctrica, esto es el 99.5%[241]

---

[239] La palabra **vernáculo** (latín: “*vernacŭlu*”, “**nacido en la casa de uno**”) significa propio del lugar o país de nacimiento de uno, nativo, especialmente cuando se refiere al lenguaje. Un esclavo nacido en la casa del amo.

[240] Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, “Indígenas de la Ciudad de México”

[241] FUENTE: INEGI. Ceso de Población y Vivienda 2010

Hogares

Los hogares están conformados por personas que pueden ser o no familiares, que comparten la misma vivienda y se sostienen de un gasto común.

En el 2010, en la entidad hay 2 388 534 hogares.

- 749,744 dirigidos por una mujer (31%)
- 1’638,790 dirigidos por un hombre (69%)

Tipos de hogares

Porcentaje	58.9%	25.5%	2.2%	11.2%	1.0%
Tipo	Nuclear	Ampliado	Compuesto	Unipersonal	Corresidente

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

5.2 Factores de riesgo del adulto mayor en el DF

En la ciudad de México, al igual que en muchas otras ciudades (y poblaciones en general), está ocurriendo el proceso llamado transición demográfica, que implica las disminuciones porcentuales de la población joven de 0 a 14 años, junto con incrementos en cantidad y en porcentaje de las poblaciones: adultas de 15 a 64 años, y envejecida 65 años y más.[242]

En el caso específico de la población mayor de 60 años, en nuestro país aumenta más rápidamente que los grupos de edades más jóvenes. Esto se debe, entre otros factores a:

1) la disminución de la mortalidad infantil,
2) el aumento en la esperanza de vida al nacer, que en México ya alcanza la edad promedio de 75.4 años,[243]
3) la disminución de nacimientos que se inició desde la década de los setenta, y
4) al logro de una mejor salud.

De manera paralela, y reforzando el proceso anterior, avanzó la transición epidemiológica, por medio de la cual se desplazó como principal causa de muerte a las enfermedades infectocontagiosas, por los padecimientos crónico degenerativos y las lesiones o accidentes.

Al respecto el investigador Rafael Lozano comenta: “En 1940, la mitad de las muertes en nuestro país sucedían antes de los siete años, debidas a las enfermedades infecto-contagiosas y en la actualidad la mitad de las defunciones se presentan después de los 63 años, principalmente por enfermedades crónico-degenerativas.

Hace sesenta-setenta años el número de adultos mayores en la sociedad no era importante porque no era común ver muchos. La baja expectativa de vida no permitía que una gran cantidad de personas

242 Ham Chande, Roberto, *El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud*, Salud Pública de México, Número especial, La salud del adulto mayor, México, Nov.- dic. 1996, vol. 38, N. 6. p. 411.

243 INEGI. Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000). INEGI. Esperanza de vida por entidad federativa según sexo, 2005 a 2009

sobrevivieran más allá de los 40 o 50 años de edad".[244] Según datos oficiales, para 2005 en la República Mexicana existían aproximadamente 6 millones de personas adultas mayores que representaban 8.3%[245] [246] del total. Se calcula que dentro de 20 años sumarán alrededor de 11.3 millones, con lo que representarán aproximadamente 15% del total de la población del país.[247]

Para el caso del Distrito Federal, en 2005 eran 651,126 personas adultas mayores, el 10.2% del total de su población.[248] Esta entidad está experimentando un proceso de envejecimiento más rápido que el resto de los estados del país, debido a la reducción de sus nacimientos, iniciado en los años setenta y a la gran migración que se dio hacia esta ciudad en las décadas pasadas.

Este es un sector de la población cada vez más significativo, pero que en términos generales está expuesto a situaciones de iniquidad, asimetría y exclusión social, lo cual se traduce en que su mayor esperanza de vida no se acompaña de una mejor calidad de vida, sino muchas veces, y particularmente para las mujeres, de lo contrario.[249]

El predominio de las mujeres en el envejecimiento es una peculiaridad que se debe a su mayor supervivencia o longevidad. La esperanza de vida al nacer para ellas es de 77.8 años en promedio, en cambio para los hombres es de 73.1 años. De cada 10 personas adultas mayores en el DF 6 son mujeres.[250] En la Ciudad de México existen cerca de 400 mil mujeres con 60 años y más, esto significa que una de cada 5 mujeres adultas mayores del país vive en el DF.[251] Esta mayor sobrevivencia las expone a padecer por tiempos prolongados enfermedades crónico-degenerativas que en ocasiones derivan en discapacidad.

Respecto a las enfermedades que son causa de muerte por orden de importancia en hombres y mujeres de 65 años y más, encontramos que ambos se mueren casi por las mismas causas, aunque algunas cambian el lugar de importancia.

Hay poca información en cuanto a los padecimientos o enfermedades que sufren las personas en edades avanzadas y que no siempre son la causa de muerte, aunque sí llegan a afectar mucho su salud y su calidad de vida. La información existente indica que, dentro del grupo de las enfermedades transmisibles en la vejez, están la tuberculosis pulmonar y las infecciones respiratorias. Respecto a las enfermedades no transmisibles, las mayores cargas en orden de importancia provienen de los problemas neuropsiquiátricos (mentales) las enfermedades de los sentidos (vista, oído, equilibrio), las enfermedades cardiacas y/o circulatorias y los padecimientos musculoesqueléticos (de huesos, articulaciones y músculos).[252]

Cabe señalar que un elemento decisivo en el desarrollo de las personas adultas mayores son los bajos niveles de escolaridad que lograron alcanzar las personas adultas mayores, especialmente para

---

244 Lozano, Rafael, Las enfermedades en los adultos mayores pobres en México, *El Adulto Mayor en el Distrito Federal: Por una sociedad integral en el siglo XXI*, México, GDF, Secretaría de Desarrollo Social-Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 1999, pp. 106-110.

245 INEGI, Conteo de Población y Vivienda, México, 2005.

246 Cabe aclarar que con ese porcentaje demográficamente México aún es un país "joven". La ONU considera que una población es vieja cuando ésta representa más de 10% del total.

247 Ham Chande, Roberto, Las reformas a la seguridad social, Demos, México, 1996, pp. 37.

248 INEGI, Conteo de Población y Vivienda, México, 2005.

249 Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Desarrollo Social, *La política Social del Gobierno del Distrito Federal mayor*, México, 2000, en prensa.

250 INEGI. Esperanza de vida por entidad federativa según sexo, 2005 a 2009.

251 Montes de Oca, Verónica, *Una sociedad para todas las edades: El vínculo entre la investigación social y las políticas públicas*, en: Situación de los adultos mayores en el Distrito Federal. Elementos conceptuales para un modelo de atención, perfil demográfico, epidemiológico y sociológico, Gobierno del DF, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México, 1999. p. 58.

252 10 CONAPO. *Situación demográfica de México*, 1998, p. 132.

las mujeres le ha repercutido en sus condiciones generales de salud, nivel de ingreso, trabajo y uso del tiempo libre. La proporción de analfabetas en el Distrito Federal es de 11.4%; es decir, poco más de 75,000 adultos mayores de los cuales 8 de cada 10 son mujeres.[253]

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo 1996, del total de adultos mayores en el D. F., aproximadamente el 15% no asistió a la escuela, el 56% únicamente cuenta con algún grado de instrucción primaria; y sólo el 9% alcanzó algún grado superior.[254] En la Encuesta Nacional de Empleo, salarios, Tecnología y Capacitación (ENESTYC) de 2011 muestra que no existe variación.

Las diferencias entre hombres y mujeres en el ámbito educativo son una expresión de la condición de iniquidad y marginación en que se desarrolló la mujer durante la primera mitad del siglo en nuestro país, como lo de-muestran las siguientes cifras: del total de adultos mayores sin instrucción 76% son mujeres y 24% son hombres, proporciones que se invierten para el nivel profesional superior con 24% para las mujeres y 76% para hombres.[255]

Respecto a su entorno social, la población adulta mayor enfrenta una discriminación porque es común que la vejez se perciba como una suma de pérdidas. En esta época la sociedad está orientada a la mayor ganancia, la cual tiende a despreciar a las personas adultas mayores cuando disminuye su productividad económica. La vejez ha perdido los valores que antes se le atribuían, por lo que muchas de ellas se esfuerzan por negar u ocultar su envejecimiento.

Otro problema que se manifiesta con particular agudeza en el caso de la población envejecida es la pobreza.

La ENESTYC, revela que del total de personas de 60 años y más en el Distrito Federal (794,273), la mayoría (72%) no participaba económicamente, principalmente las mujeres (50% mujeres, 22% hombres) y sólo 28% se mantenía económicamente activa, siendo más alta la participación masculina (19%) que la femenina (9%).[256]

Hay que resaltar que muchos adultos mayores se desempeñaron en sectores laborales que no les proporcionaron una seguridad social, ni recursos suficientes para ahorrar, y que un porcentaje muy importante de los pensionados obtiene alrededor de un salario mínimo al mes, por lo que en muchas ocasiones se ven forzados a seguir trabajando y a aceptar la ayuda económica por parte de los familiares.

A pesar de lo anterior, según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), seis de cada 10 personas adultas mayores son cabeza de familia y perciben algún ingreso monetario, representando en muchas ocasiones una fuente importante de ingresos para sus hogares.

Conviene indicar que las personas adultas mayores se están transformando en un poder social para que las actitudes de la sociedad cambien. Los movimientos de pensionados y jubilados comienzan a surgir a partir de los años ochenta, con el objetivo de fortalecerse, acompañarse y resolver muchos de sus problemas con sus propios recursos. Está surgiendo el llamado "poder de las canas", el cual se presenta con un conjunto de propuestas más acordes a sus necesidades, ya no esperan pasivamente a ver si los servicios o las cosas les llegan.[257]

---

253 Conteo de Población y Vivienda 1995, INEGI.

254 *La política social del Gobierno del Distrito Federal para personas adultos mayores,* México, *Op. cit.*

255 Ibídem

256 Ibídem

257 Yanes Rizo, Pablo, *IV Velada dedicada a la vejez en México*, *Relatoría*, Jardín de la Tercera Edad, 1999.

Dentro de las necesidades de este sector de la población se está impulsando la renovación de los conceptos que se tienen sobre la vejez, tanto social como individualmente, a partir de transmitir conocimientos que consideren al envejecimiento como una etapa normal de la vida, llena de posibilidades y capacidades, tanto para la persona adulta mayor como para la familia y la sociedad. El envejecimiento no es una enfermedad, sino un proceso natural en la vida y sus padecimientos se deben cuidar y vigilar médicamente como los de cualquier grupo de edad.

Cabe aclarar, que no todo es enfermedad para las personas adultas mayores, cada vez hay más personas que llegan a los60 años o se jubilan en muy buen estado de salud y así desean mantenerlo. Esta realidad es un nuevo reto para la medicina actual y para la sociedad en su conjunto, que deben brindar apoyo a esta nueva categoría de personas que quieren permanecer sanas, para lo cual un aporte importante es proporcionarles la información necesaria para lograrlo.[258]

Con esta inercia de autogestión que se viene dando, en la cual las personas adultas mayores son los principales promotores de su cambio, se presenta como un momento ideal para difundir los elementos necesarios para que las personas adultas mayores comiencen a asumir una mayor responsabilidad en el cuidado de su salud.

Envejecer activamente debe constituirse en el objetivo central de un programa de envejecimiento exitoso, por tal motivo el objetivo del presente texto es desempeñarse como un instrumento que invita a la reflexión sobre las sugerencias vertidas en él; y además de que han sido probadas con resultados positivos.

5.2.1 Salud mental

Casi todas las personas adultas mayores son emocionalmente saludables, aunque en el plano psicológico se pueden presentar ciertos cambios en la memoria, el aprendizaje, la atención, la orientación y la agilidad mental. No obstante, la educación, la cultura y la experiencia adquirida durante la vida, constituyen una buena base para reentrenar o reaprender las habilidades que van disminuyendo.

Así también, la vejez puede ser una época de realización, de agradable productividad y la consolidación de habilidades y conocimientos. Sin embargo, los recursos emocionales de esta etapa con frecuencia disminuyen debido a muchas crisis y tensiones acumuladas a las que deben enfrentarse y que pueden ser el detonante de algún problema de salud mental, algunos de estos retos pueden ser:

- Vivir con una enfermedad crónico-degenerativa que lo obliga a modificar su independencia y formas de vida activa.
- La pérdida de la pareja, de algún amigo, algún miembro de la familia o algo en relación a la red de amigos.
- Aislamiento y soledad.
- Un escaso ingreso económico.
- Modificación del lugar que ocupaba en la familia como pareja, líder o proveedor.

Las enfermedades mentales o emocionales pueden manifestarse de muchas maneras, por lo que en ocasiones es difícil reconocerlas. Se confunden con dolencias o enfermedades físicas, o pueden ser negadas por la familia y los amigos, o mal interpretadas como una parte normal del envejecimiento. A continuación veremos las manifestaciones de los diferentes problemas de salud mental que se pueden presentar en la persona adulta mayor:

---

[258] Lozano, Rafael. *Op. cit.*

La depresión se refiere a los desórdenes emocionales que se presentan con frecuencia en una persona, tales como: angustia, agitación, desesperanza, trastornos del sueño, cambios drásticos del humor.

Un aspecto muy importante dentro de la salud mental lo revelan las investigaciones que se vienen realizando hace mucho tiempo, las cuales aseguran que la sexualidad de las personas adultas mayores es tan necesaria como en edades más jóvenes y que su plena realización conlleva a grandes satisfacciones. En la actividad sexual de las personas adultas mayores influyen muchos factores, pero los dos más importantes tienen que ver con una razonable buena salud y el interés por lo sexual, lo que incluye la existencia del compañero o compañera sexual.

Otro aspecto relacionado con la salud mental es la plena capacidad de dormir y descansar apropiadamente, por lo que el insomnio, que consiste en el desorden de iniciación y sostenimiento del sueño, puede ser un problema que genere irritación, agotamiento, somnolencia durante el día, etc. Este problema presenta una serie de elementos que deben ser analizados adecuadamente para establecer una atención correcta. Se le llama insomnio crónico cuando el problema lleva más de un mes de suceder, por lo cual se aconseja consultar al médico.

También es un factor de desestabilización emocional el que la persona adulta mayor sea víctima de maltrato o violencia, la cual se puede dar por diferentes factores: problemas familiares, escasos recursos económicos, agotamiento por parte del cuidador o familiar, pero sobre todo a una intolerancia debida al desconocimiento de las necesidades de las personas adultas mayores.

Por otro lado, la demencia es uno de los problemas de salud mental más graves que aquejan a las personas adultas mayores, ya que se debe a un desorden progresivo de las funciones intelectuales superiores, tales como la memoria, el lenguaje, la concentración y la motricidad (movimiento de los brazos y piernas). Este desorden progresivo deteriora el razonamiento y afectan las actividades de la vida diaria.

Si hay síntomas de depresión tales como no tener motivación para hacer las cosas, sentirse triste y defraudado, o que la vida no tiene sentido, se debe acudir al médico, porque estar enfermo no es una vergüenza, pero no atender esos síntomas es una irresponsabilidad. Los geriatras son especialistas en este tema.

Ya existen muchos medicamentos que ayudan a sobrellevar la depresión y no generan dependencia.

Reconocer que el maltrato existe y que tiene un efecto destructivo en la calidad de vida de las personas adultas mayores y en el familiar y/o cuidador.

LO QUE NO SE DEBE HACER	A DÓNDE ACUDIR
• Aceptar vivir con tristeza, de mal humor o insatisfecho. • Pensar que la depresión no tiene remedio. • Negarse a recibir ayuda médica o psicológica por los prejuicios que hay sobre el tema. • Abstenerse sexualmente, sobre todo si se tiene una pareja. • Padecer insomnio durante meses o años. • Ser víctima de violencia por parte de un familiar o cuidador y callarlo.	• Asociación Mexicana para la Atención Integral en la Tercera Edad (AMAITE) Calle Niño Jesús s/n, casi esq. con Buenaventura, Del. Tlalpan, C.P. 14000. Tel. 55-73-15-00 ext. 147 • Sistema de apoyo psicológico y de intervención de crisis por teléfono (SAPTEL) de la Cruz Roja Mexicana 53-95-06-60 • Locatel *Línea Dorada* 56-58- 11-11 • Unidades de Atención a la Violencia Familiar de cada Delegación, donde se atiende y apoya de manera gratuita (llamar a Locatel para la dirección y teléfono).

En el transcurso de la vejez, las personas experimentarán cambios que pueden desafiar su bienestar emocional. Algunos de estos cambios pueden causar una enfermedad mental. El padecimiento mental más frecuente entre los adultos mayores es la depresión, entre 15% y 20% de ellos la sufren.[259]

Estos son algunos síntomas que pueden indicar la existencia de depresión:

- Tristeza, ansiedad, desánimo persistente o mal humor.
- Pensamientos de muerte o suicidio.
- Sentimientos de desesperanza, pesimismo e inutilidad.
- Problemas de sueño (insomnio, o dormir demasiado), con la comida, (por comer mucho o no tener apetito) engordando o adelgazando visiblemente.
- Pérdida de energía, fatiga, no se puede descansar o se está irritable y,
- Dificultad para concentrarse, recordar o para tomar decisiones.

Si se está experimentando algunos de estos problemas, es necesario buscar ayuda como lo haría en caso de tener un problema de salud física. Buscar ayuda es el primer gran paso hacia el regreso de la vida saludable y feliz.[260]

A pesar de que la depresión es una enfermedad grave y evasiva, se puede tratar adecuadamente. En general, el tratamiento consiste en una combinación de medicamentos y psicoterapia. Los medicamentos antidepresivos constituyen un importante adelanto científico, ya existe una gran variedad de ellos que permiten fortalecer en el cerebro las substancias disminuidas y así tratar el padecimiento. El medicamento debe ser escogido por el médico para cada caso, tomando en cuenta aspectos como problemas para dormir, o ansiedad, además de las enfermedades que padece y los otros medicamentos que la persona toma. Los nuevos medicamentos no causan adicción por lo que se pueden tomar durante meses o años. Conjuntamente se debe dar a la persona la oportunidad de

259 Pichardo Fuster, Armando, *Servicios de salud hospitalaria, costos y demandas de la población envejecida,* Seminario sobre envejecimiento demográfico en México, SOMEDE- El Colegio de México, 1993.

260 The National Resource Center on Health Promotion and Aging, "Older Americans" Mental Health: Mind and Over Matters, Healthy Older Adults, Health Promotion Articles for your newsletters, Grant p.17.

que hable de sus problemas y sentimientos y de replantear sus actitudes hacia los retos de la vida diaria, todo esto mejorará la calidad de vida de la persona.[261]

La tarea para *envejecer exitosamente* nos compromete a entender los cambios que hay que enfrentar para tratar de prepararse para ellos. Es importante considerar las siguientes preguntas: ¿Qué arreglos de subsistencia y de estilos de vida son buenos para mí? ¿Qué tipo de comodidad o bienestar, independencia y compañía espero? ¿Cuál va a ser mi pensión? ¿Qué puedo hacer para estar mental y físicamente apto o apta? y ¿Qué servicios de salud mental y física existen?

Es importante que no se acostumbre a esos estados de ánimo negativo o desagradable, no hay que rendirse. Consultar al médico para que él sugiera a quién acudir. La terapia puede beneficiar a las personas adultas mayores, sobre todo la grupal, ya que ofrece la oportunidad de compartir preocupaciones, intercambiar experiencias y estrategias, además de ayudar a superar la soledad.

5.2.2 Sexualidad[262]

La sexualidad de las personas adultas mayores va muy relacionada con la que tuvieron en edades más jóvenes. Un hombre saludable que ha sido sexualmente activo puede continuar, en alguna forma expresando su actividad sexual en edades avanzadas. Fisiológicamente, las mujeres son aptas para mantenerse activas sexualmente todo el tiempo. Un obstáculo para ellas puede ser la carencia de un compañero interesado y en muchas ocasiones por el contexto social en el que viven, especialmente por su papel de la abuelita tierna y "asexuada".

Es vital para toda persona y en especial en la edad adulta mayor, satisfacer la necesidad de sentir, dar y recibir ternura y afecto, sentirse aceptado y querido, ser tomado en cuenta, ser respetado. Así como compartir vivencias que van desde la presencia física del otro, con quien se puede comentar y disentir, hasta compartir un lecho, el contacto con la piel del otro cuerpo y disfrutar de la capacidad orgásmica.

No parece haber razones profundas para pensar que la expresión sexual en esta edad no sea satisfactoria y placentera. Lo importante de esta expresión es la calidad, la armonía y la comunicación de la pareja.

Cabe destacar que sí hay cambios fisiológicos, pero eso no significa que se deban alterar las actividades sexuales. Todo parece indicar que esta etapa de la vida es un tiempo de aprender a adaptarse a estos cambios y muchos otros, y que la actividad sexual puede seguir tanto tiempo como deseen las personas que la ejercen.

Tocarse, abrazarse y apapacharse, produce un sentimiento de reafirmación, de que la persona es necesaria, amada y deseada. La expresión sexual también ayuda a las personas adultas mayores a sentirse atractivas y bien consigo mismas. Físicamente, provee de un excelente ejercicio, mejora la circulación y fortalece los pulmones y el corazón. Emocionalmente trae placer y plenitud, sobre todo al aceptar la propia sexualidad y la de los demás como un proceso sano y humano.

Hay que considerar que a algunos hombres les cuesta trabajo llegar a la erección y ya conseguida ésta, se sabe que la mantienen más tiempo que en la juventud. En las mujeres se presenta el

---

261 Rodríguez García, Rosalía, *¿Qué es geriatría?,* Areópago, Rev. Memoranda, ISSSTE, México, N. 8, Oct-dic. 1997, p. 8.

262 Para la elaboración del tema de Sexualidad se consultó: Papalia Diane E. y Sally Wendkos Olds. *Desarrollo humano*. 2a. de. Tr. Elisa Dulcey, Colombia, McGraw-Hill, 1990, pp. 623- 625. González Serratos, Selma. La sexualidad después de los 60. Memorias del II Encuentro Nacional del delegados estatales del INSEN y profesionales de la asistencia a la vejez. 1988, pp. 65-67.

problema de la falta de lubricación y elasticidad vaginal, para lo cual se recomienda la utilización de aceites minerales.

Para lograr una mayor excitación, se puede recurrir a la estimulación manual entre ambos o a la autoestimulación erótica, lo cual puede ayudar a descubrir o redescubrir las zonas del cuerpo con mayor sensibilidad.

5.2.3 Insomnio

La duración del sueño es variable y disminuye con el paso de los años aunque también va en relación con el grado de actividad del día. El número de horas de sueño varía de entre 5 y 10, con un promedio de 7 horas.

Las causas de un insomnio constante o crónico pueden ser: depresión, cena abundante, falta de actividad física durante el día, muchas siestas durante el día, efectos secundarios de los medicamentos que se están tomando, por una enfermedad crónica existente, por situaciones de incomodidad como hambre, sed, frío o calor, etc.

- El ambiente para dormir debe ser adecuado, con silencio, o con música (si se desea y se puede).
- Hay que evitar dormir durante el día para no agotar la cuota de sueño.
- El ejercicio puede ser excelente para relajarse y lograr el cansancio necesario para conciliar el sueño durante la noche.
- Acostarse y levantarse a la misma hora.
- Se puede favorecer la relajación con lectura o un baño tibio antes de acostarse.
- En el caso de que un especialista en el cuidado de la salud haya recetado medicamentos para dormir, se recomienda que se tomen entre las 6 y las 7 de la noche para que su acción comience entre 10 y 12 p.m., y así evitar la somnolencia por la mañana.

El manejo del insomnio crónico debe ser dirigido por un médico, ya que en ocasiones este padecimiento es la causa de alguna enfermedad importante. No se deje de lado este problema porque puede llegar a causar irritabilidad, fatiga, falta de concentración y de percepción, somnolencia durante el día y cambios de personalidad, entre otros.

5.2.4 Maltrato y violencia[263]

Cuidar de las personas adultas mayores, sobre todo las semi dependientes o dependientes es una tarea difícil, que exige mucha dedicación y paciencia. Es posible que por la intolerancia ocurran abusos y negligencia en el cuidado de los adultos mayores.

Cualquier persona puede ser maltratada, pero las que son física o psicológicamente dependientes son más vulnerables. El maltrato se da sin distinción de sexo, edad, raza, religión o clase social. Por lo general, los maltratos son proporcionados por familiares o por las personas que los "cuidan".

Hay diferentes tipos de maltrato:
Abuso físico: Es todo acto de agresión intencional en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar, causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento o control.

---

263 Gobierno del Distrito Federal. Secretaría de Desarrollo Social. Violencia familiar: una cuestión de género. Documento de apoyo para participantes, México, 1999. Ministerio da Previdencia e Asistencia Social, MPAS, Secretaría de Estado de Asistencia Social, SAS, Idosos: *Problemas e cuidados básicos*, Brasil, septiembre, 1999, pp 29-32. Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Desarrollo Social, *Violencia familiar: una cuestión de género*, Documento de apoyo para participantes, México, 1999.

Maltrato emocional: Son las conductas que consisten en actos u omisiones repetitivos, cuyas formas de expresión puedan ser: prohibiciones, imposiciones, condicionamientos, amenazas, intimidaciones, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoquen en quien las recibe, un deterioro a su salud emocional.

Maltrato sexual: Consiste en inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor y a la imposición del coito o acto sexual.

¿Dónde suceden los maltratos?

- En la casa del adulto mayor, en la casa de la persona que lo cuida, en la comunidad, en las instituciones de cuidados prolongados, en los hospitales.

¿Quién provoca el maltrato?

- Un familiar, un amigo, un vecino, un cuidador, el personal que lo atiende.

¿Por qué sucede el maltrato?

- Existen muchas razones que intentan justificar la existencia del maltrato, pero una característica de las personas que maltratan a personas adultas mayores es la incomprensión sobre las necesidades de este grupo de la población. Por lo general la persona que maltrata tiene antecedentes de violencia en su propia vida.
- Otra situación tiene que ver cuando el adulto mayor maltratado adquiere una percepción de sí mismo como incapaz y/o dependiente, situación que aumenta su sentimiento de vulnerabilidad y desamparo; sentimientos que provocan mayor estrés en el cuidador, por lo que la posibilidad de maltrato aumenta. Las formas de maltrato pueden variar desde un regaño impensado hasta una agresión premeditada y sistemática.

Algunas causas de maltrato:

- Una relación familiar desgastada por el tiempo.
- Problemas económicos.
- Incapacidad del cuidador para ofrecer un cuidado adecuado.
- Problemas de salud física o mental de la víctima o del agente provocador.
- Cansancio excesivo debido a la tarea de cuidar.
- Agobio por el exceso de tareas que atender.
- Falta de conocimientos sobre las necesidades específicas de las personas adultas mayores.

¿Qué se puede hacer si usted tiene bajo su cuidado a una persona adulta mayor con algún grado de dependencia?

- Recordar que es una persona que puede caer en el maltrato.
- Procure dividir la tarea del cuidado de los adultos mayores entre los miembros de la familia y/o la comunidad.
- Acuda a grupos de autoayuda. Si no hay uno cerca de usted, pregunte en las Unidades de Violencia Familiar de su delegación cómo formar uno.
- Dedique alguna parte del día a usted mismo/a.
- Complemente las obligaciones con actividades divertidas y estimulantes, busque ocupaciones atractivas, aprenda a recrearse, realice ejercicio, sea creativo/a.
- El cambio de actividades devuelve al cuidador los aspectos positivos de los cuidados, disminuye el estrés y posibilita una relación adecuada entre el cuidador y el adulto mayor.
- Procure reflexionar diariamente.

Se recomienda a la persona que sufre maltrato o a la que es testigo de algún tipo de maltrato que:

- Asuma que el maltrato NO es algo natural, personal y privado. ¡Se debe evitar y denunciar!
- Denuncie el hecho y pida ayuda a las redes de apoyo en su comunidad y a las Unidades de Violencia Familiar UAVIF que hay en cada Delegación (para su adecuada ubicación llamar a Locatel 56-58-11-11).

Indicadores que pueden señalar la existencia de violencia o maltrato en una persona adulta mayor: olvidos o falta de concentración, depresión y ansiedad, desorientación, cambios de humor, irritabilidad, reducción de la actividad motora, insomnio, aislamiento, consumo de excesivo de tabaco, alcohol y café, marcas como moretones, rasguños, fracturas.

5.2.5 Demencia[264]

Cuando a una persona se le diagnostica una demencia, es porque da claras señales de deficiencia en la memoria, la concentración, el razonamiento, el lenguaje y el comportamiento. Su inicio y evolución son progresivos, afectan la autonomía y alteran la convivencia cotidiana de la persona, por lo cual es necesario acudir a un especialista en salud mental, de preferencia a un psicogeriatra, pues es el psicólogo especialista en personas envejecidas, quien recomendará el seguimiento adecuado.

Las características principales de la demencia son:

- Problemas en recordar hechos recientes (memoria).
- Por lo menos una de las siguientes alteraciones:

1. Dificultad para realizar tareas conocidas y habituales.
2. Presenta confusión, alteraciones de carácter y de comportamiento.
3. Deterioro del razonamiento.
4. Dificultad en el lenguaje, en completar el pensamiento o seguir una instrucción.

La enfermedad de Alzheimer es la más común de las demencias.[265]
Se recomienda estimular a la persona adulta mayor con demencia brindándole compañía y cariño, además de:

1. Ubicarlo continuamente en la realidad: mencionar las fechas, mostrarle fotografías, recordarle nombres.
2. Estimular la memoria reciente: fiestas de cumpleaños, acontecimientos significativos que hayan sucedido hace pocos días.
3. Fomentar la memoria e imaginación teniendo conversaciones sencillas pero atractivas, lectura de cuentos cortos.
4. Estimular la convivencia, comunicación y participación, incorporando a las personas adultas mayores que padecen demencia a las actividades familiares, grupales o de la comunidad.
5. Ejercitar la actividad auditiva y visual, induciéndolo a buscar diferencias entre unas figuras, mencionar los colores de la ropa, identificar a las personas por su voz, los objetos que le son familiares por su textura.
6. También, estimular el ejercicio físico acorde a sus capacidades y siempre en compañía de alguna persona.
7. Procurar que siempre traiga consigo una identificación, en caso de que se extravíe.

---

264 Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, Manual de atención, *La enfermedad de Alzheimer. Recomendaciones para un cuidado de calidad*, México, 1999, p. 9. DIF-DF, *Mejor calidad de vida para el adulto mayor*, México, 1999, folleto

265 *Manual de Atención. La enfermedad de Alzheimer*, op cit

Guía sencilla de evaluación de la salud mental en el adulto mayor:
Es muy común que se olviden las cosas o las actividades que se tienen que realizar. Por lo general se debe a que no ejercitamos nuestra memoria, o a que estamos muy preocupados por algo, aunque si esto sucede con mucha frecuencia, no está de más que contesten las siguientes preguntas:

- ¿Qué fecha es hoy?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es hoy?
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿Qué hora es, aproximadamente?
- ¿En qué lugar estamos?
- ¿En qué país?
- ¿En qué estado?
- ¿En qué ciudad o poblado?

Si no pudo responder algunas se recomienda comentarlo a su doctor. Se debe tener especial cuidado cuando la persona adulta mayor tiene dificultad para concentrarse, para seguir el hilo de una conversación y se le olvidan las actividades cotidianas; además de consultar al médico, se recomienda estimularlo mucho, que continúe reaprendiendo, proporcionarle lecturas sencilla y atractivas, además de pedirle que las relate a los demás.

5.3 Encuesta de salud, bienestar y envejecimiento

Debido a los pocos estudios e investigaciones en México realizados sobre el perfil del adulto mayor, y con el fin de ilustrar el panorama en el Distrito Federal sobre la situación de los senectos es que me permito apoyarme en un informe realizado por la OPS en colaboración con el GDF. Ya que desde hace algunos años a la fecha para el Gobierno del Distrito Federal, el envejecimiento de la población ha comprometido sus políticas públicas ante este grupo vulnerable que había sido olvidado e ignorado por administraciones pasadas. En el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal, estas políticas transformadoras están encaminadas a atender los requerimientos de nuestra población mayor y para conseguir tal objetivo es necesario que se desarrollen con base en un conocimiento real de las necesidades a las que se enfrenta este sector de la población. Ante ese reto, han impulsado investigaciones que determinen en forma efectiva el estado de salud de las personas mayores, desde la perspectiva funcional, emocional, social y psicológica, con la finalidad de establecer un perfil de salud a partir del cual desarrollar acciones que permitan atender las necesidades de este sector de la población.

La escasa información sobre el perfil de salud, nutrición y funcional de los adultos mayores, la transición demográfica acelerada y la transición epidemiológica pone en manifiesto la necesidad de contar con datos actualizados. El objetivo de este estudio es describir el perfil del estado de salud y funcional en la población de adultos mayores del Distrito Federal en Unidades Territoriales de Muy Alta y Alta Marginación, sector de la población que es de prioridad para el Gobierno del Distrito Federal; por la alta vulnerabilidad en su estado de salud, este problema tiene de base varios factores dentro de los cuales se encuentran: menor posibilidad de ser atendido en los sistemas de atención de salud existentes, mayor prevalencia de desnutrición, menores posibilidades de transporte debido a la precariedad de las vías de comunicación en las áreas donde residen, lo que conlleva a una mayor disfuncionalidad.

La encuesta de salud bienestar y envejecimiento (SABE) para evaluar el estado de salud de adultos mayores de 60 años en siete ciudades de América Latina y el Caribe en donde se incluyó a la Ciudad de México, la cual fue llevada a cabo por la Organización Panamericana de la Salud, reporta

las enfermedades encontradas con mayor frecuencia a saber: hipertensión arterial, enfermedades osteoarticulares, desnutrición y osteoporosis.[266]

En México y América Latina se cuenta con poca información del perfil de salud de los adultos mayores. La información disponible de la encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993 y la Encuesta Nacional de Salud (2000), ambas coinciden que los problemas más comunes en las personas adultas mayores eran la hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus e hipercolesterolemia.

Dorantes y cols., reportan la dependencia de adultos mayores residentes en la ciudad de México, encontrando que el 7.3% de la población estudiada era dependiente para realizar al menos una de las actividades de la vida diaria y el 8.4% era dependiente para al menos una de las actividades instrumentales de la vida diaria.[267]

5.3.1 Material y métodos

Se realizó un estudio transversal de la información obtenida de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) a 79, 539 adultos mayores, entre el 1º de julio del 2005 al 31 de diciembre del 2007. La VGI fue realizada por personal médico capacitado y supervisadas por Médicos Geriatras, las entrevistas se llevaron a cabo en el Domicilio de la persona adulta mayor. La VGI abarca entre otros elementos aspecto físico, funcional, mental y social.

Variables
Se incluyen variables sociodemográficas necesarias para la descripción de la población, además se consideraron las siguientes:

- **Actividades básicas de la vida diaria.** Se consideraron las seis actividades exploradas por el índice de Katz, la pérdida de alguna de estas funciones refleja cierto grado de dependencia. Actividades instrumentales de la vida diaria. Se incluyeron las ocho actividades que componen el índice de Lawton y Brody, aquí evaluamos va de compras, administra su dinero, toma sus medicamentos, se transporta solo, se prepara sus alimentos, mantiene su casa, se ocupa de su ropa. Se consideró que la pérdida de alguna de estas funciones refleja cierto grado de dependencia funcional.
- **Dependencia para realizar actividades de la vida diaria.** Se consideró dependencia cuando se tuvo pérdida de tres de las seis actividades. Dependencia para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. Se consideró dependencia cuando había dificultad y necesidad de ayuda por otra persona al menos de una de las actividades analizadas.
- **Estado depresivo.** El estado depresivo se evaluó con la escala de depresión geriátrica (yesavage), de 15 ítems. Consideramos sospecha de depresión con cinco puntos.
- **Deterioro Cognitivo.** Del dominio cognitivo se aplicó la escala Minimental Folstein, se evaluó la atención, memoria primaria, memoria verbal secundaria y la praxis de construcción. El resultado de 22 puntos o menos nos indica la probabilidad de que exista deterioro cognitivo.
- **Índice de Masa Corporal** La variable a medir fue el índice de masa corporal, se clasificó de acuerdo a los valores de la OMS:
    - < 18.5 Desnutrición
    - 18.5 a 24.9 Normal

---

[266] Programa de Acción. Atención al Envejecimiento. México. Secretaria de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud 2001.

[267] Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Pública. 2007; 22(1):1–11.

- 25 a 29.9 Sobrepeso
- > 30 Obesidad

5.3.2 Análisis estadístico.

Las características demográficas y las variables enunciadas en material y métodos, se calcularon prevalencia e intervalos de confianza al 95%, así como medidas de tendencia central y dispersión luego de ajustar el diseño de la VGI.

5.3.2.1 Indicadores sociodemográficos

Género, edad, estado civil y escolaridad

Género y Edad

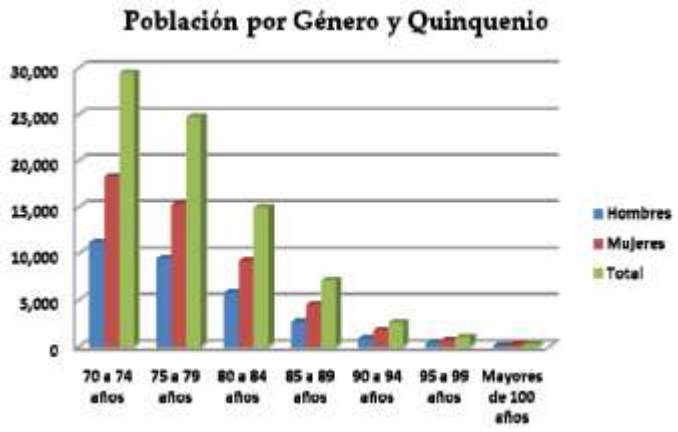


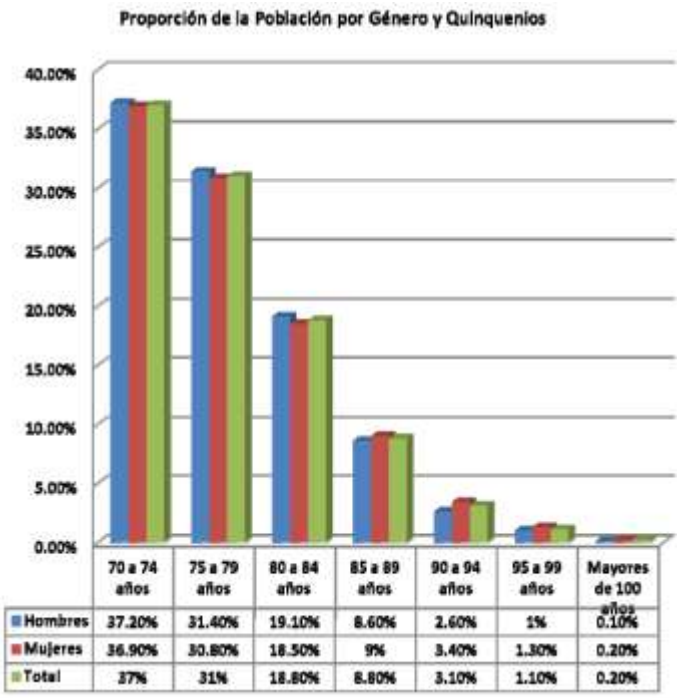
Gráfico 1 El predominio de mujeres en las edades avanzadas es una característica mundial, lo cual tiene implicaciones para la sociedad y los propios individuos.

La relación entre géneros es de 1.64 a 1; es decir por cada hombre casi existen dos mujeres. Lo anterior se encuentra en concordancia con lo reportado en diversas cohortes internacionales; y forma parte del fenómeno conocido como feminización del envejecimiento, uno de cuyos componentes es precisamente la mayor proporción de mujeres con respecto a los hombres. Esta relación se acentúa conforme se incrementa la edad, tal como se observa en la tabla 1, donde en el primer quinquenio se observa una relación de 1.63 a 1; contrastando la relación en el último quinquenio donde la relación es de 2.31 a 1 mujeres/hombres. No obstante lo anterior, también es sabido, que parte de esta feminización del envejecimiento conlleva un peor estado de salud para las mujeres, aunque sobrevivan más.

POBLACIÓN POR GÉNERO Y QUINQUENIO

Quinquenio	Hombres	Mujeres	Total	Relación Mujeres/Hombres
70 a 74 años	11,171	18,241	29,412	1.63 a 1
75 a 79 años	9,422	15,239	24,661	1.61 a 1
80 a 84 años	5,742	9,177	14,919	1.59 a 1
85 a 89 años	2,594	4,439	7,033	1.71 a 1
90 a 94 años	792	1,680	2,472	2.12 a 1
95 a 99 años	287	621	908	2.16 a 1
Mayores de 100 años	38	88	126	2.31 a 1
Total	30,048	49, 491	79,539	1.64 a 1

Tabla 1

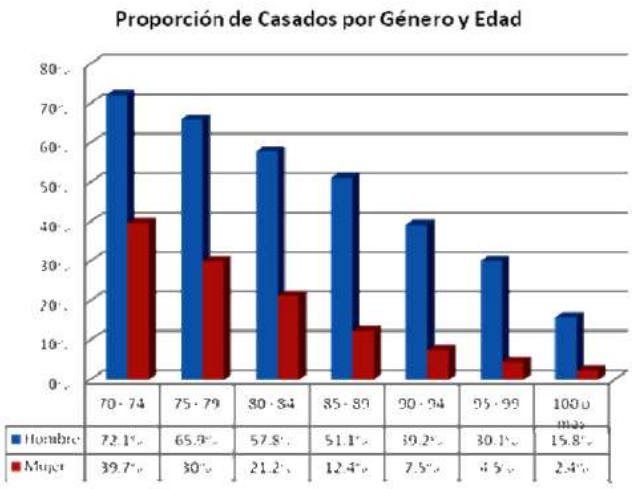


	70 a 74 años	75 a 79 años	80 a 84 años	85 a 89 años	90 a 94 años	95 a 99 años	Mayores de 100 años
Hombres	37.20%	31.40%	19.10%	8.60%	2.60%	1%	0.10%
Mujeres	36.90%	30.80%	18.50%	9%	3.40%	1.30%	0.20%
Total	37%	31%	18.80%	8.80%	3.10%	1.10%	0.20%

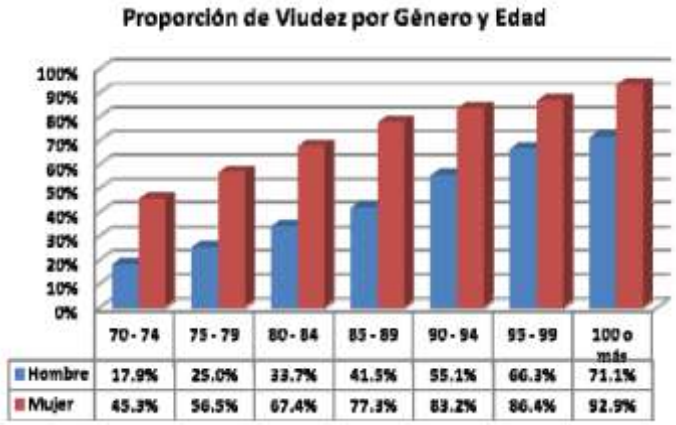
Gráfica 2 El incremento de la relación Mujer/Hombre, de los 85 a 89 años de edad, es un reflejo del aumento de la mortalidad en el género masculino, con la reducción de la población masculina del 51% con respecto al quinquenio anterior. Este fenómeno se continúa observando y aumenta en los siguientes quinquenios hasta llegar a un 90% de mortalidad en los hombres y del 85% en la mujeres en el quinquenio de 95 a 99 años y en el de mayores de 100 años.

Dada la feminización del envejecimiento, las políticas públicas deben orientarse hacia este grupo en particular, ya que se trata de personas vulnerables, tanto por ser adultas mayores como por ser mujeres.

5.3.2.1.2 Estado Civil



Gráfica 3 La proporción de casados es mayor en hombres que en las mujeres y se mantiene a lo largo del tiempo.



Gráfica 4 La gráfica de proporción de viudez es en espejo con relación al gráfico de proporción de casados. En este caso son los hombres los que tienen menor frecuencia de viudez.

Se sabe que ser viudo o soltero es un factor de riesgo para muchos desenlaces adversos, tales como la disfuncionalidad y la muerte. Asimismo, los adultos mayores que viven solos suelen tener una precaria red de apoyo social, que los coloca en situación de vulnerabilidad especial, lo cual hace necesario desarrollar programas de apoyo social para este tipo de personas.

5.3.2.1.2 Cuidador del adulto mayor

Gráfica 5

Existe una diferencia por género en relación a los cuidadores, siendo de predominancia los hijos para la mujer (46.5%) y la pareja para el hombre (34.6%). Para ambos géneros existe un porcentaje de casi el 30% que no cuentan con cuidador, este dato se debe interpretar con cautela, ya que, en un primer vistazo podría interpretarse como un buen estado de salud de estos individuos; sin embargo, es posible que estos adultos presenten cierto grado de disfuncionalidad y no cuenten con el apoyo necesario para realizar las actividades de la vida diaria. (Tabla 2).

TIPO DE CUIDADOR	HOMBRES	MUJERES
Formal	0.50%	0.50%
Ninguno	28.50%	26.30%
Vecino o amigo	2.90%	3.50%
Otro familiar	5.80%	8.70%
Pareja	34.60%	14.40%
Hijo/a	27.70%	46.50%

Tabla 2

Es de suma importancia el cuidado por parte de los hijos de las mujeres de edad ya que este grupo alcanza el 46.5% de la población, lo anterior indica que se requiere fomentar la educación para el envejecimiento dentro de la misma familia. En evaluaciones posteriores se debe medir la satisfacción que presenten los ancianos en cuanto a su cuidado, saber si éste, ha sido el correcto para los adultos mayores para no subestimar este problema.

5.3.2.1.4 Escolaridad

Gráfica 6 En la presente gráfica se describe el promedio de escolaridad por sexo, 3 años para las mujeres y 4 para los hombres. El 25% de las mujeres cursaron hasta el 3er grado primaria en comparación al 33% de los hombres. Terminando la primaria solo el 2% de las mujeres y el 3% de los hombres.

5.3.2.2 Estado funcional

5.3.3.2.1 Funcionalidad básica e instrumentada

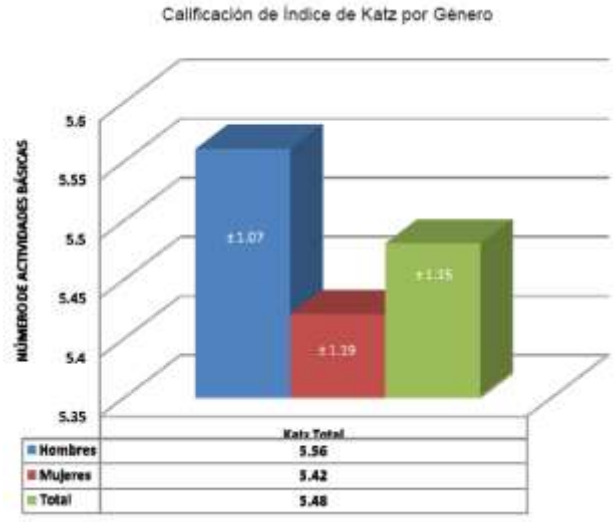
El instrumento utilizado para evaluar la funcionalidad de los adultos mayores, fue el Índice de Katz, mediante el cual se puede establecer la capacidad del individuo para desempeñar actividades básicas de la vida diaria.

Variable	Frecuencia o Media (±Desviación Estándar)		
	Hombres	Mujeres	Total
	Funcionalidad Instrumental		
Lawton Total	6.5 (±2.9)	6.35 (±2.1)	6.86 (±2.13)
	Preparación de Alimentos		
No lo Realiza	16.4%	11.4%	13.9%
Con Dificultad	13.%	9.8%	11.4%
Sin Dificultad	69.7%	78.8%	74.25%
	Labores del Hogar		
No lo Realiza	11.1%	10.6%	10.85%
Con Dificultad	12.6%	13.4%	13%
Sin Dificultad	76.3%	76%	76.15%
	Lavado de Ropa		
No lo Realiza	20.2%	13.7%	16.95%
Con Dificultad	14.4%	11.5%	12.95%
Sin Dificultad	65.4%	74.8%	70.1%
	Toma de Medicamentos		
No lo Realiza	4.6%	5.3%	4.95%
Con Dificultad	11.5%	12.8%	12.15%
Sin Dificultad	83.9%	81.9%	82.9%
	Transportación		
No lo Realiza	7.3%	10.9%	9.1%
Con Dificultad	21%	36.5%	28.75%
Sin Dificultad	71.7%	52.6%	62.15%
	Compras		
No lo Realiza	7.6%	11.2%	9.4%
Con Dificultad	19.6%	30.5%	25.05%
Sin Dificultad	72.8%	58.3%	65.55%
	Manejo de Dinero		
No lo Realiza	10.9%	9.1%	10%
Con Dificultad	13.8%	13.9%	13.85%
Sin Dificultad	75.3%	77%	76.15%
	Uso del Teléfono		
No lo Realiza	10.9%	14.3%	12.6%
Con Dificultad	13.8%	19.7%	16.75%
Sin Dificultad	75.3%	65.9%	70.6%
	Funcionalidad Básica		
Katz Total	5.56 (±1.07)	5.42 (±1.19)	5.48 (±1.15)
Bañarse	88.6%	86.2%	87.4%
Vestirse	94.8%	93.1%	93.95%
Asearse	96.1%	94.6%	95.35%
Desplazarse	96.3%	95%	95.65%
Continencia	85.2%	78.5%	81.85%
Alimentación	97.9%	97.4%	97.65%

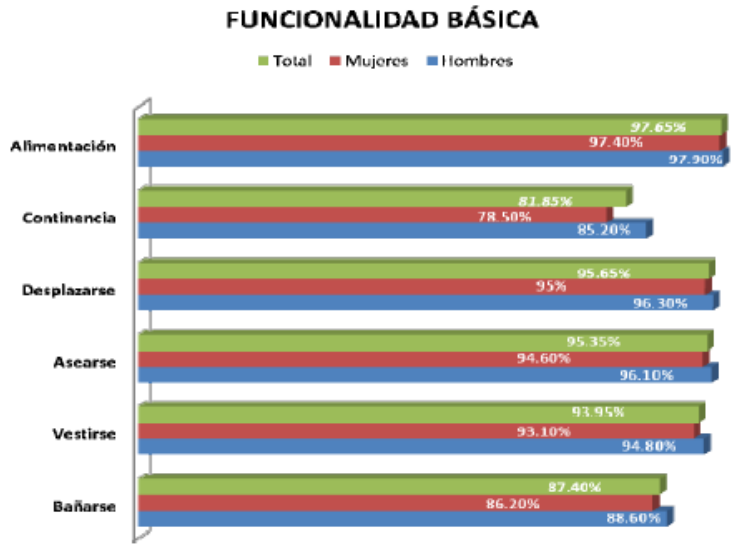
Tabla 3

5.3.2.2.1.1 Funcionalidad básica

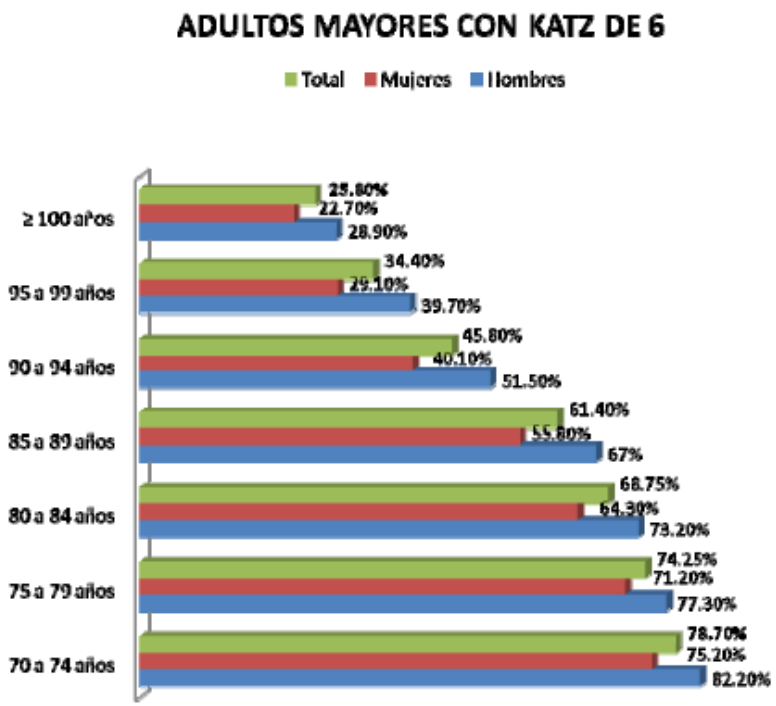
Encontramos que es el hombre quien tiene una mejor funcionalidad, lo cual se ve reflejado, en cada una de las 6 actividades básicas de la vida diaria, que contempla el índice: alimentarse, control de esfínteres vesical y anal, desplazamiento o transferencias (ir de un lugar a otro por sí mismo dentro de su hogar), asearse, vestirse y tomar la ducha; cada una de éstas fueron expresadas en variables dicotómicas, con la finalidad de hacer más claros los resultados.



Gráfica 7 De manera global, la media obtenida para el total de adultos mayores independientemente de la edad y género habla de la aceptable funcionalidad con la que cuenta la población estudiada.

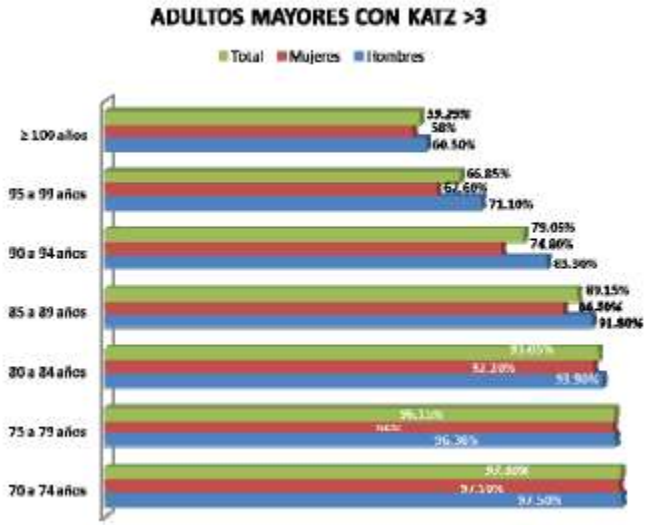


Gráfica 8 En el análisis individual de cada una de las actividades básicas de la vida diaria contenidas en el Índice de Katz, es de subrayar que la actividad afectada con mayor frecuencia es la continencia que se presenta en un 18.15% de la población total, seguida de poder bañarse en un 12.6%; mientras que la actividad que desempeñan con menor dificultad es la alimentación con sólo 2.35% de afectación, seguida de poder desplazarse, con un 4.35%

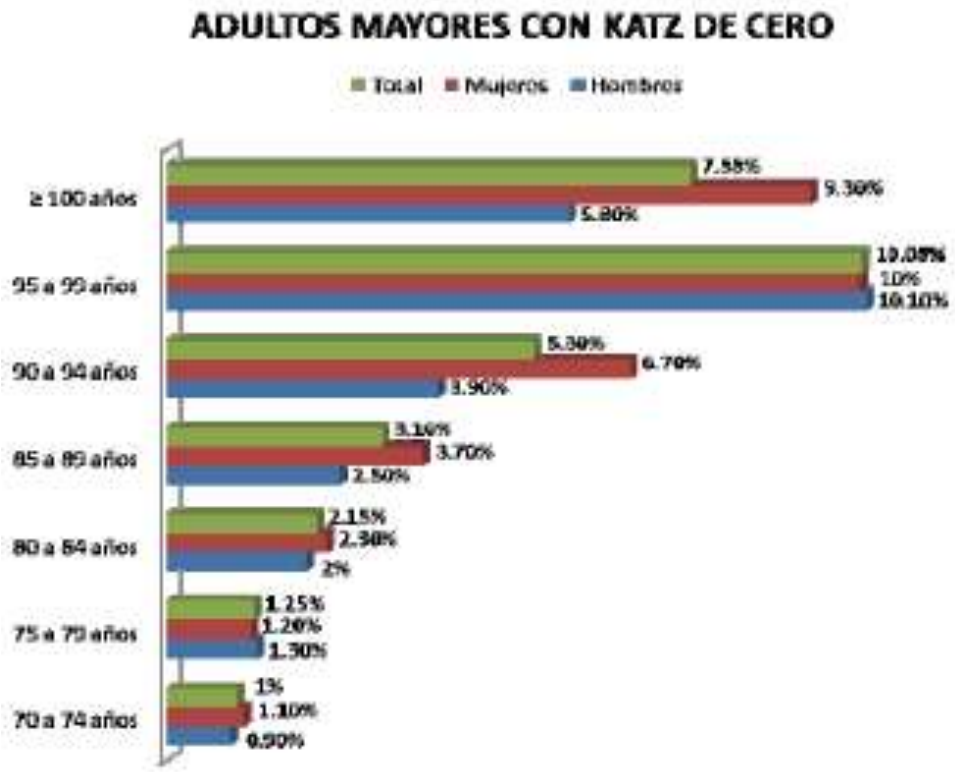


Gráfica 9 Por otra parte, es interesante encontrar que un considerable porcentaje de adultos mayores tienen el máximo puntaje en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria. En el estudio se encontró que el 78.7% de la población adulta mayor de 70 a 74 años de edad, permanecen funcionales, disminuyendo el porcentaje conforme avanza la edad, llegando a un 25.8% en los que tienen 100 años y más; además, se encontró de manera homogénea que es el género masculino el que mantiene un Katz de seis con mayor frecuencia, alcanzando 82,2% entre los 70 a 74 años y un 28.9% en hombres mayores de 100 años de edad.

Respecto a los adultos mayores con actividades de la vida diaria básica con 3 puntos o menos, encontramos que sólo el 2.7% del total que tienen 70 a 74 años cumplen con este criterio, que el porcentaje aumenta de manera directamente proporcional con la edad, alcanzando un 40.75% después de los 100 años de vida y que es en el género masculino en el que se registra un mayor puntaje, lo cual se hace más evidente, después de los 85 años de edad. (Gráfico 2.4)



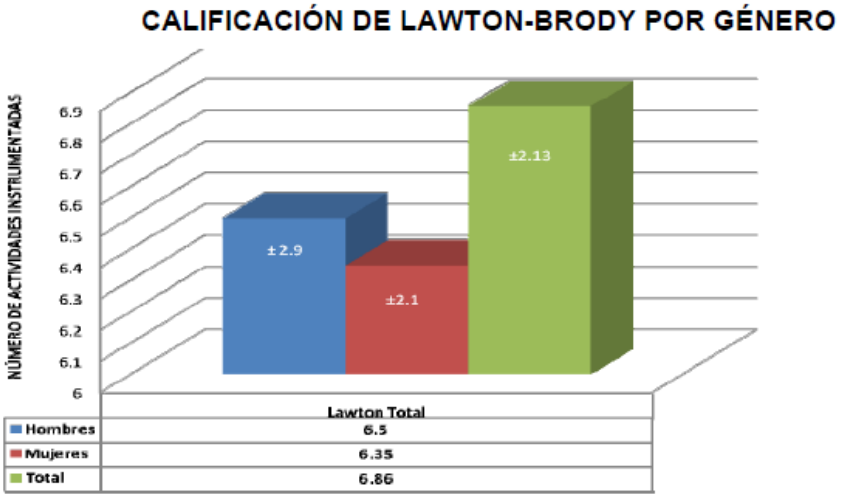
Del mismo modo, visualizamos a los adultos mayores totalmente dependientes para sus actividades básicas de la vida diaria por Índice de Katz, encontrando que es entre los 90 a 99 años de edad que el porcentaje aumenta considerablemente, registrando un 10.05% en la segunda mitad de la décima década de la vida, disminuyendo el porcentaje en los centenarios; es motivo de revisión subsecuente el determinar si esto último es debido a que fallecieron antes de cumplir los 100 años de vida (sesgo de supervivencia). El género femenino presenta el mayor porcentaje de cero en su Índice de Katz. (Gráfico 2.5)



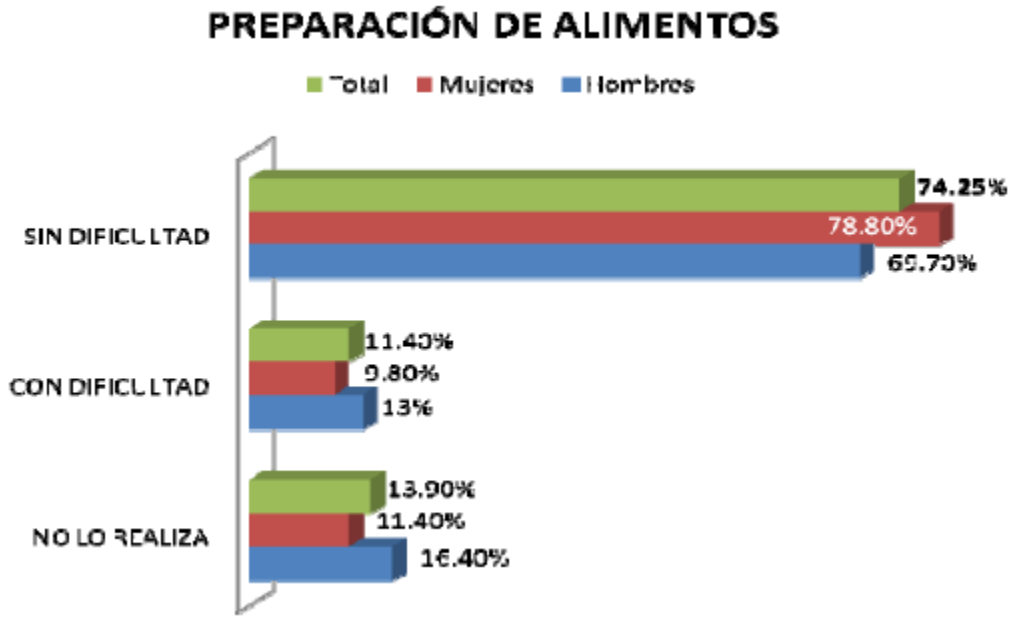
5.3.2.2.1.2 Funcionalidad Instrumentada

En cuanto a la funcionalidad instrumental se refiere, se mantuvo la constante de un índice más alto para el género masculino sobre el femenino, tanto en actividades básicas como en instrumentadas de la vida diaria, este último evaluado mediante la aplicación del Índice de Lawton (AVDI), el cual contempla las siguientes ocho actividades: preparación de alimentos, labores del hogar, lavado de ropa, toma de medicamentos, transportación, compras, manejo de dinero y uso de teléfono; cada una de éstas pudiéndose responder con cualquiera de las siguientes opciones: No lo realiza, la realiza con dificultad o la realiza sin dificultad.

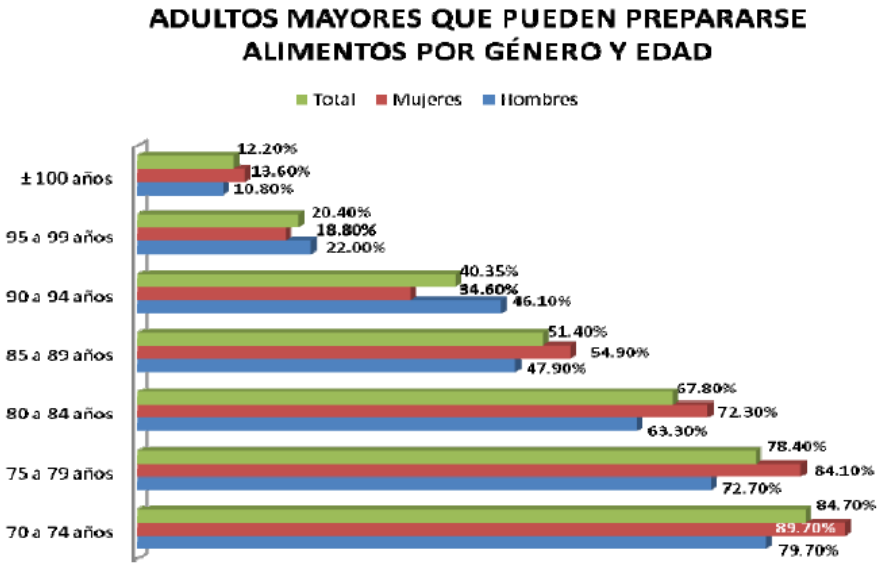
A continuación, describiremos cada una de las actividades instrumentadas evaluadas. (Gráfico 2.6)



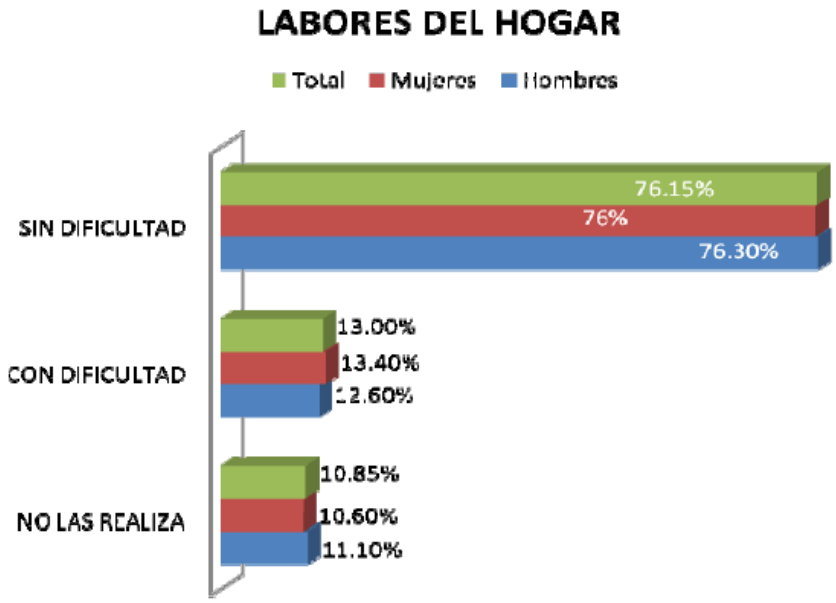
Se encontró que el 25.75% del total de la población estudiada tiene algún grado de dificultad para preparar alimentos o no puede realizar dicha actividad y de ésta, la mayoría pertenece al género masculino; debido probablemente a una mayor pericia de las mujeres, en esta labor, condicionada por factores sociales. (Gráfico 2.7.)



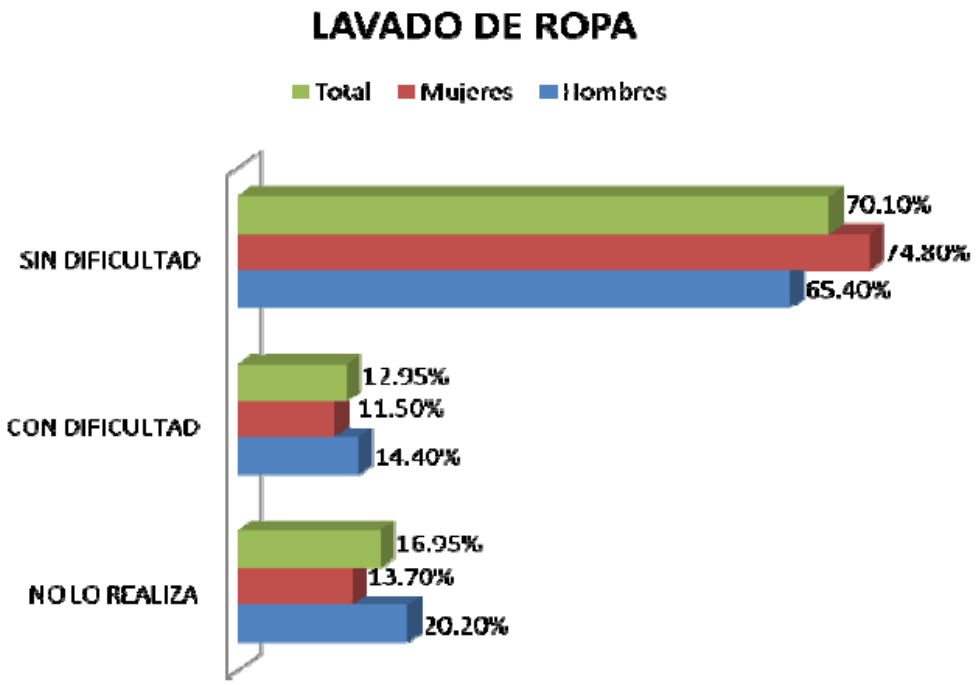
Una de las actividades instrumentadas de la vida cotidiana de mayor relevancia en los adultos mayores es la capacidad de cocinar, se consideró un criterio importante para incluir a la persona en el programa de visitas médicas domiciliarias en seguimiento. Esta actividad se compromete conforme avanza la edad y las mujeres (incluyendo las mayores 100 años), pueden preparase alimentos con mayor frecuencia que los hombres con excepción de los hombres 90 a 99 años; la interrogante que surge a este respecto es si lo anterior es debido a razones culturales o a funcionalidad específica. (Gráfico 2.8)



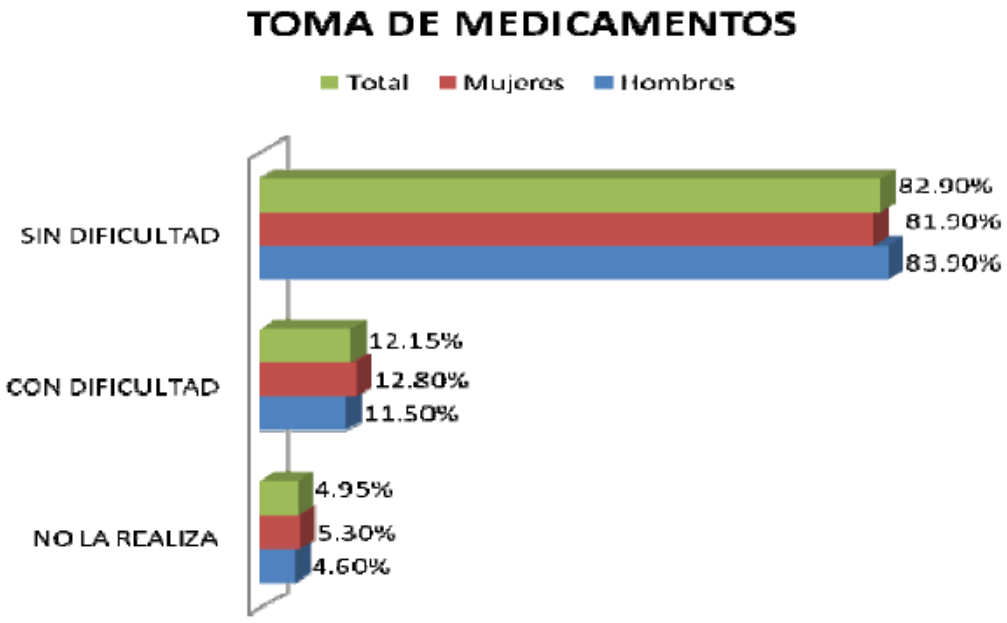
Es llamativo que a diferencia de la preparación de alimentos, las labores del hogar, una actividad en nuestra sociedad destinada históricamente al género femenino, encontremos una gran similitud en los porcentajes de desempeño de la actividad sin dificultad, con dificultad y sin realizarlas independientemente del género, sin precisar cuál de ellos las realiza de manera más habitual.
(Gráfico 2.9.)



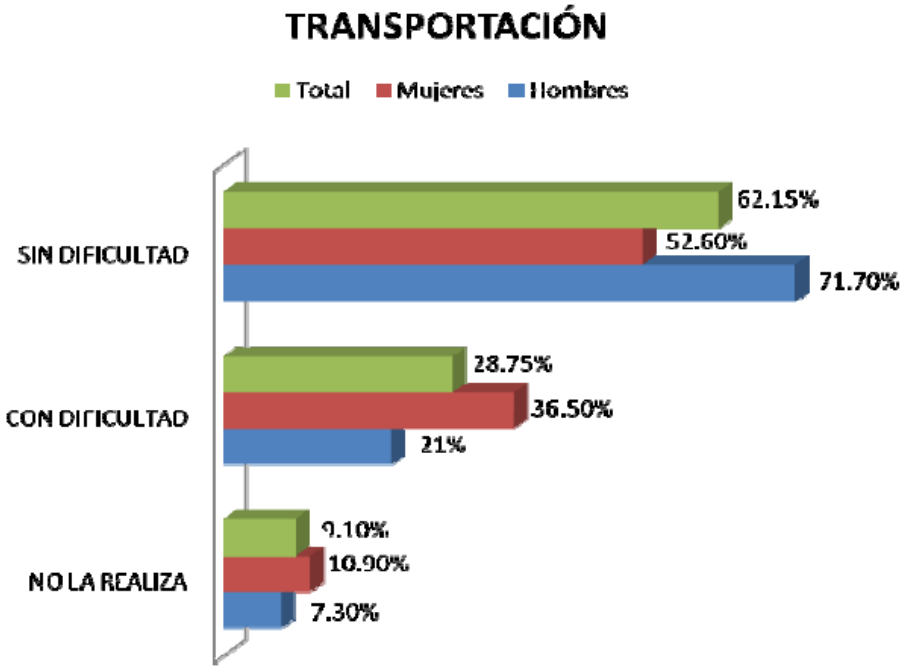
Respecto al lavado de ropa encontramos nuevamente que la mayoría de los adultos mayores pueden realizar la actividad sin dificultad, siendo la mujer quien tiene un porcentaje mayor, tendencia también reflejada en los apartados "con dificultad" y "no lo realiza" cuyos porcentajes son menores a los del hombre. (Gráfico 2.10)



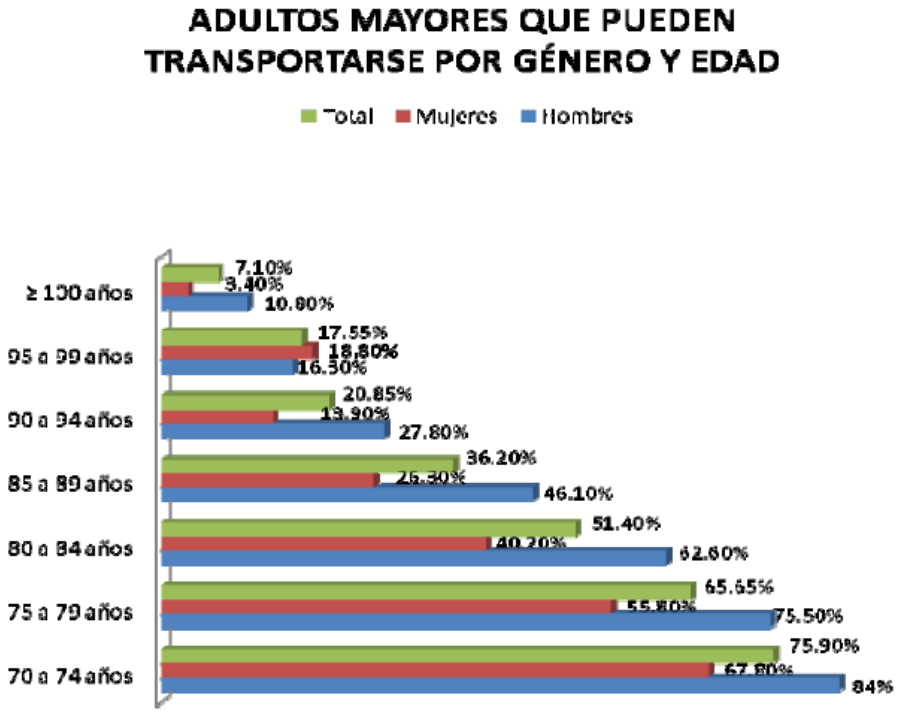
Una de las actividades de mayor importancia en el tratamiento médico de todo enfermo es la capacidad de administrarse medicamentos, encontrando que sólo el 17.1% de los adultos mayores la realiza con dificultad o no la realiza; considerando la diferencia de porcentaje encontrada entre géneros la tomamos como prácticamente mínima. (Gráfico 2.11)



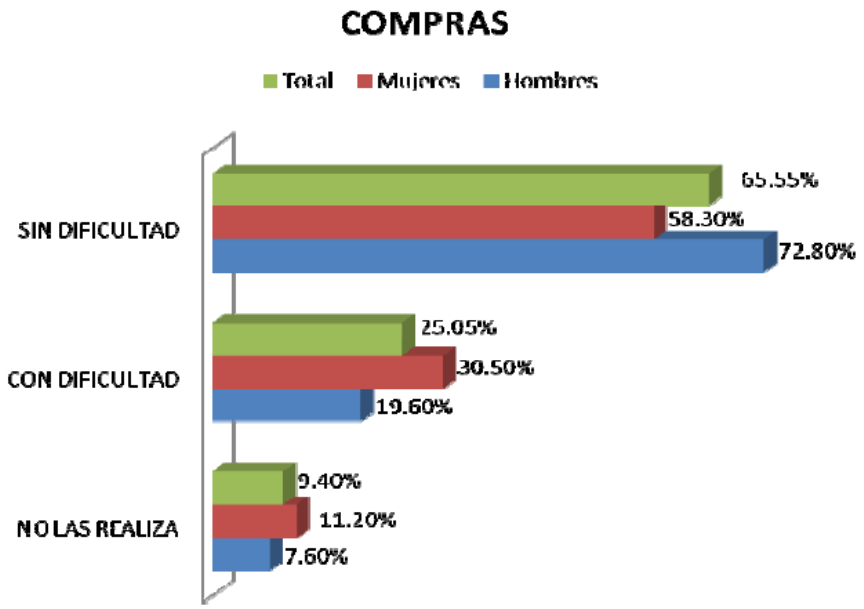
Respecto a la capacidad para transportarse, es decir, ir de un domicilio a otro, es notorio que prácticamente sólo la mitad de mujeres realizan la actividad sin dificultad; mientras que el 28.3% de los hombres tienen dificultad o no la realizan. (Gráfico 2.12)



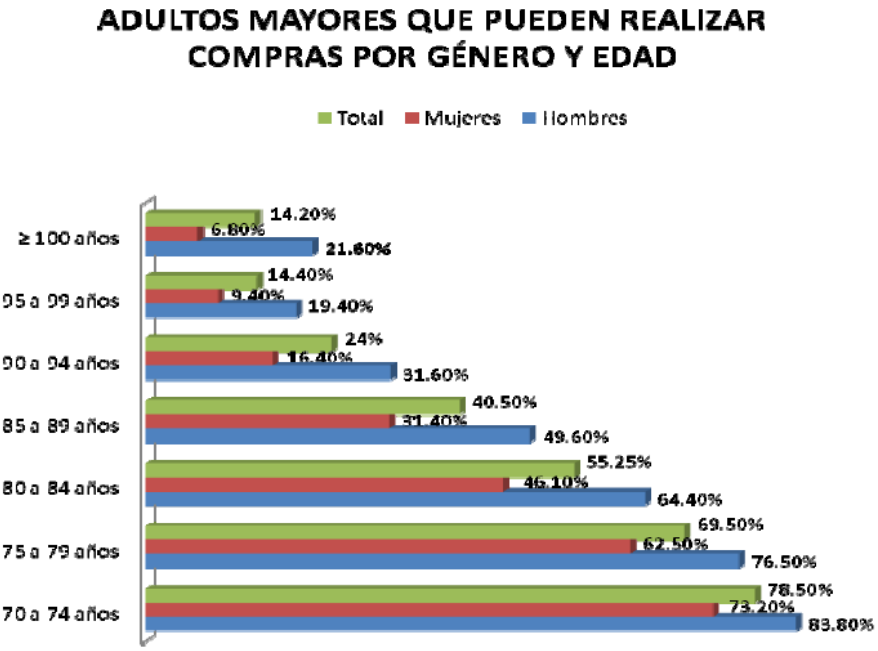
Capacidad del adulto mayor de transportarse. En el presente reporte encontramos que es el hombre el que mejor realiza esta actividad, exceptuando el grupo de edad de 95 a 99 años, en el cual, la mujer tuvo mayor capacidad para transportarse. (Gráfico 2.13)



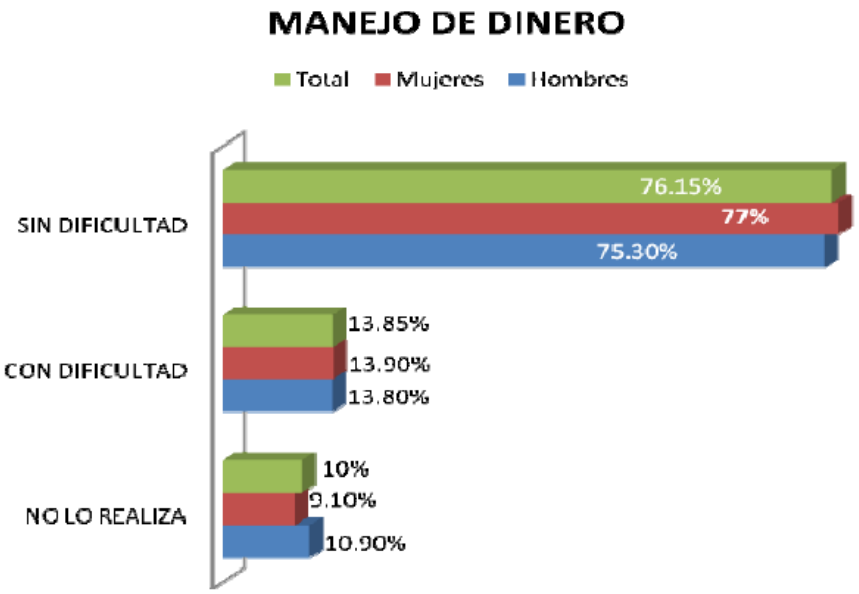
En esta actividad es recalcable el elevado porcentaje de personas adultas mayores que no pueden realizar compras, éstas sumadas a las que lo hacen con dificultad, alcanzarían el 34.45%, siendo de mayor impacto para las mujeres con un 41.70% que para los hombres con 27.20%. (Gráfico 2.14)



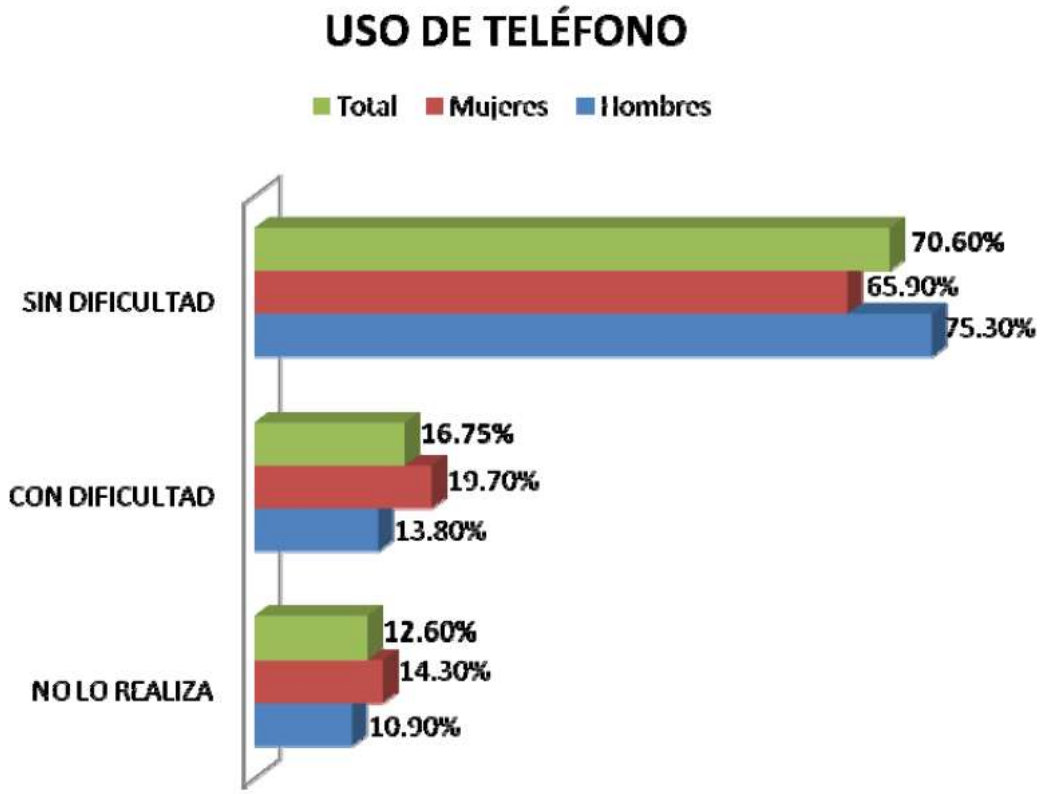
De la mano de poder transportarse y cocinar, está el rubro de realizar compras, siendo estas tres las actividades instrumentadas de mayor interés debido al problema de malnutrición que esto puede ocasionar. La proporción de capacidad funcional en compras es mayor para los hombres que para las mujeres, independientemente de la edad, ya que a mayor edad dicha frecuencia va disminuyendo excepto para los varones centenarios, en quienes aumenta el porcentaje respecto a los de 95 a 99 años. (Gráfico 2.15)



Mientras que la mujer realiza las actividades de compras y transporte con mayor dificultad, para el manejo de dinero tienen porcentajes ligeramente mejores respecto a los hombres. (Gráfico 2.16)



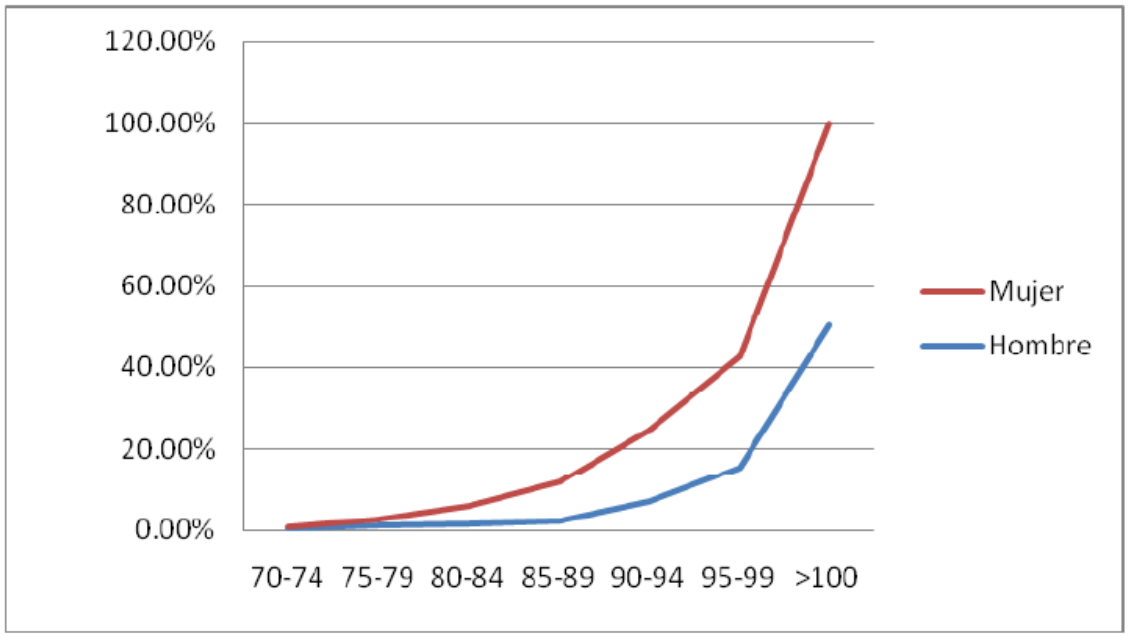
Casi un 30% de los adultos mayores tiene dificultad o no puede utilizar el teléfono. En la diferenciación por género es evidente que el masculino es el que desempeña la actividad con menos dificultad. (Gráfico 2.17)



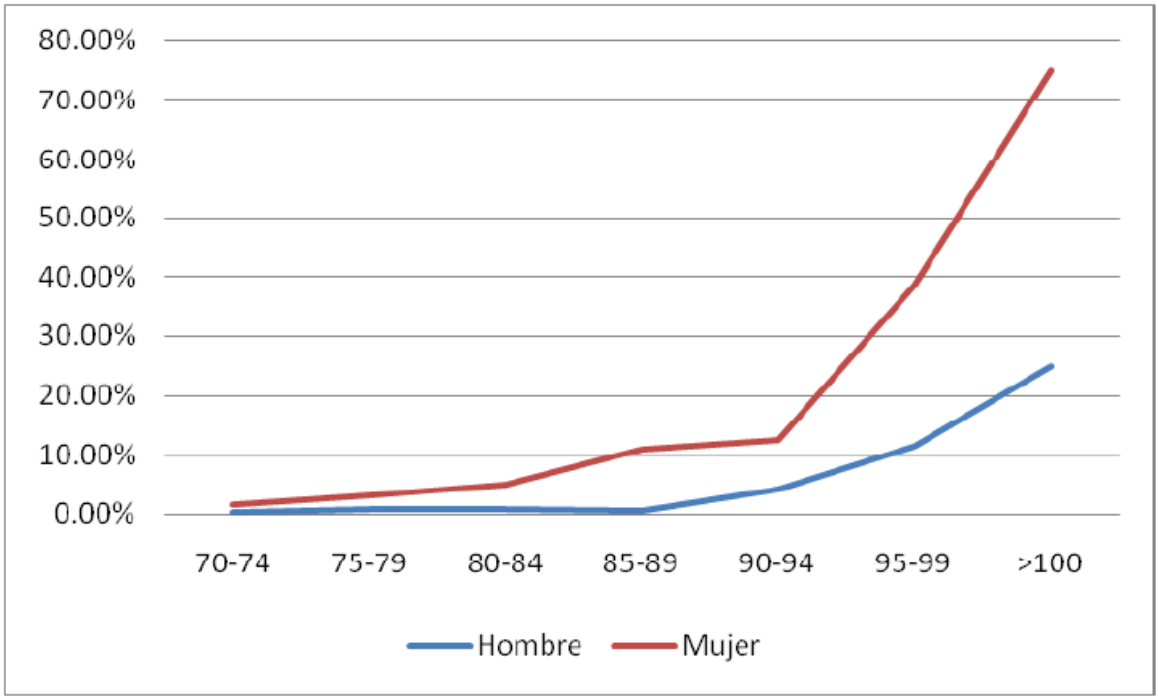
Sin embargo, ya que existe una disparidad en los puntos de cohorte de esta herramienta dada por el género, si este se ajusta, quitando del total de los hombres el lavado de ropa, aseo de casa y preparación de alimentos se obtienen resultados diferentes, tales como los mostrados en el gráfico 2.18; donde se dividen a los adultos en funcionales y disfuncionales (si cuentan con al menos un problema en la funcionalidad instrumental, con un punto de corte de 5 para los hombres y de 8para las mujeres). De esta manera, se refleja con mayor confiabilidad, el estado de las actividades instrumentales de los adultos mayores, sin el sesgo de género que se podría aducir con la herramienta tal y como estaba (Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria.

Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2004). Asimismo, esta clasificación divide en diferentes grupos según la funcionalidad instrumental: dependencia total (0 para hombres, 0 a 1 para mujeres), dependencia grave (1 para hombres, 2 a 3 para mujeres), dependencia moderada (2 a 3 para hombres, 4 a 5 para mujeres), dependencia leve (4 para hombres, 6 a 7 para mujeres) e independientes (5 para hombres, 8 para mujeres).
En los gráficos 2.19, 2.20, 2.21 y 2.22 se puede observar el aumento de la discapacidad conforme avanza la edad, y una imagen prácticamente en espejo, de la disminución de la autonomía con el paso de los años. Otro dato que llama la atención es la mayor discapacidad que presentan las mujeres, uno de los componentes de la llamada feminización del envejecimiento.

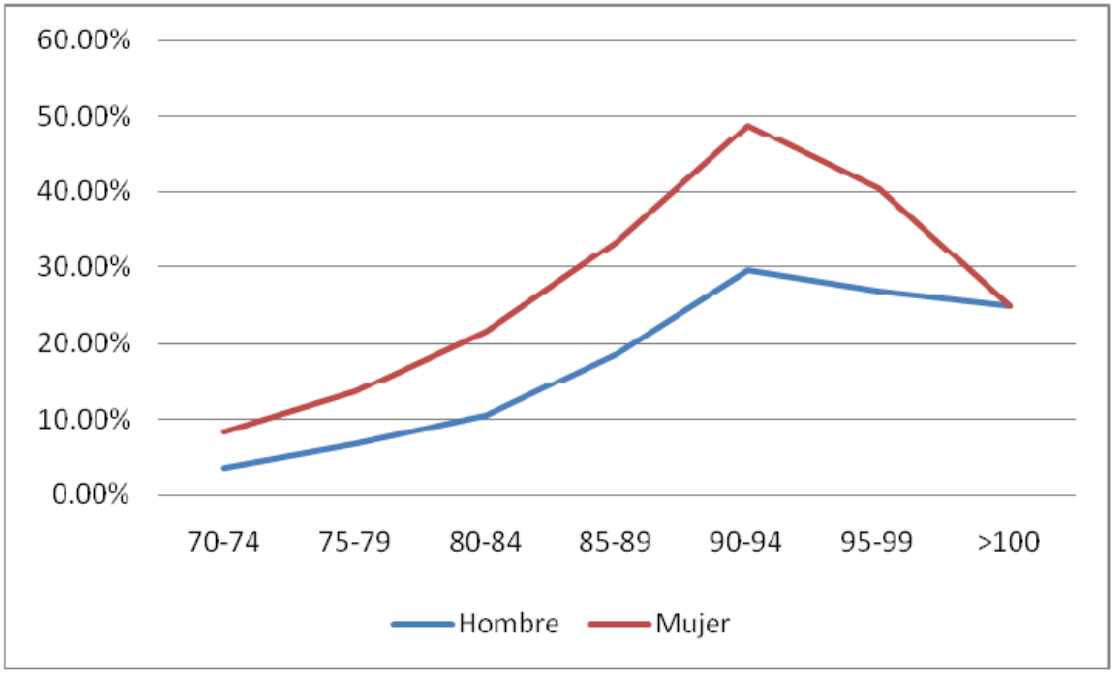
Frecuencia de Dependencia Total por Grupos de Edad y Género



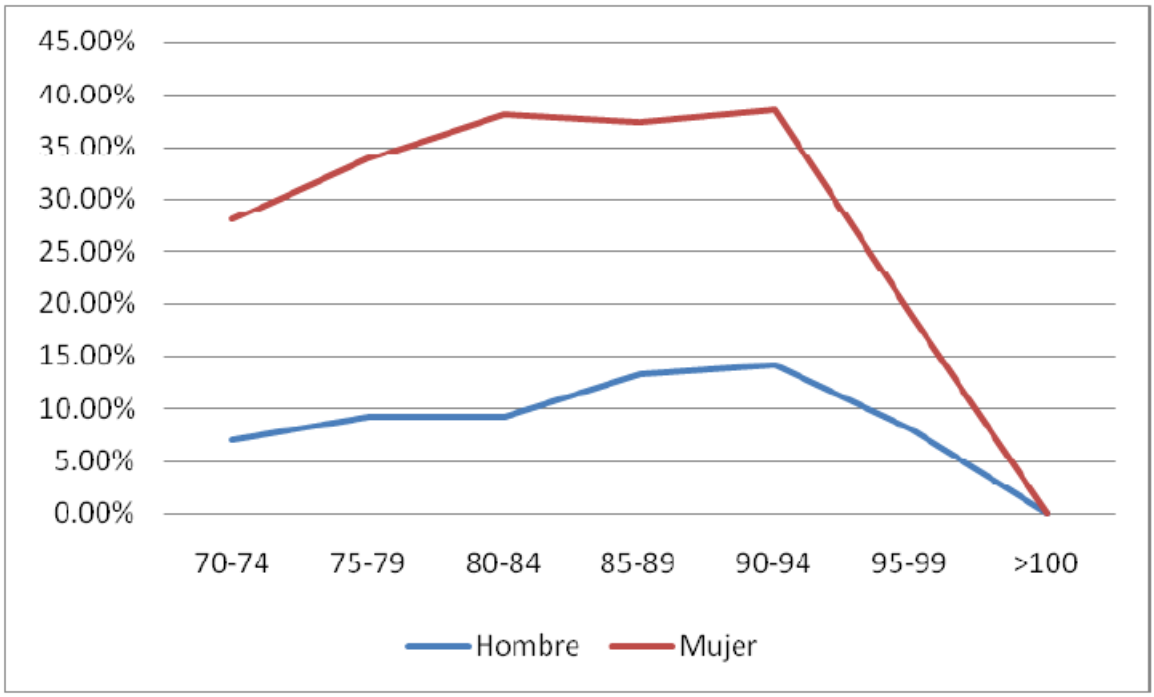
Frecuencia de Dependencia Grave dividido por Grupos de Edad y Género



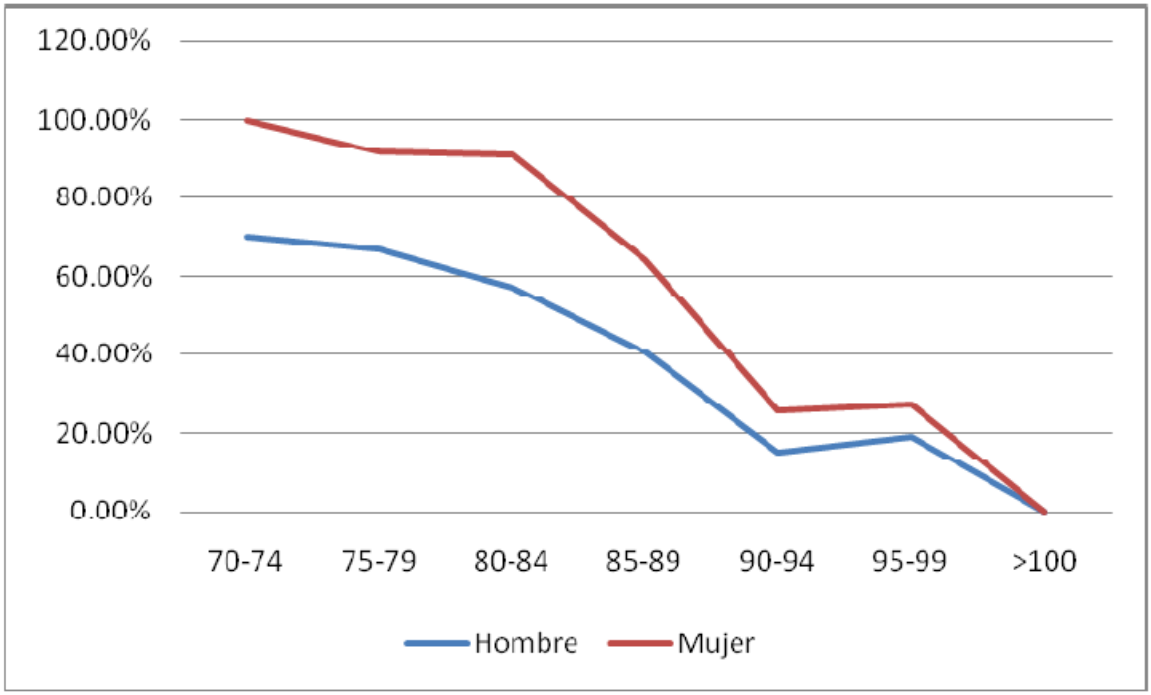
Frecuencia de Dependencia Moderada Divididos por Grupos de Edad y Género



Frecuencia de Dependencia Leve Divididos por Grupos de Edad y Género



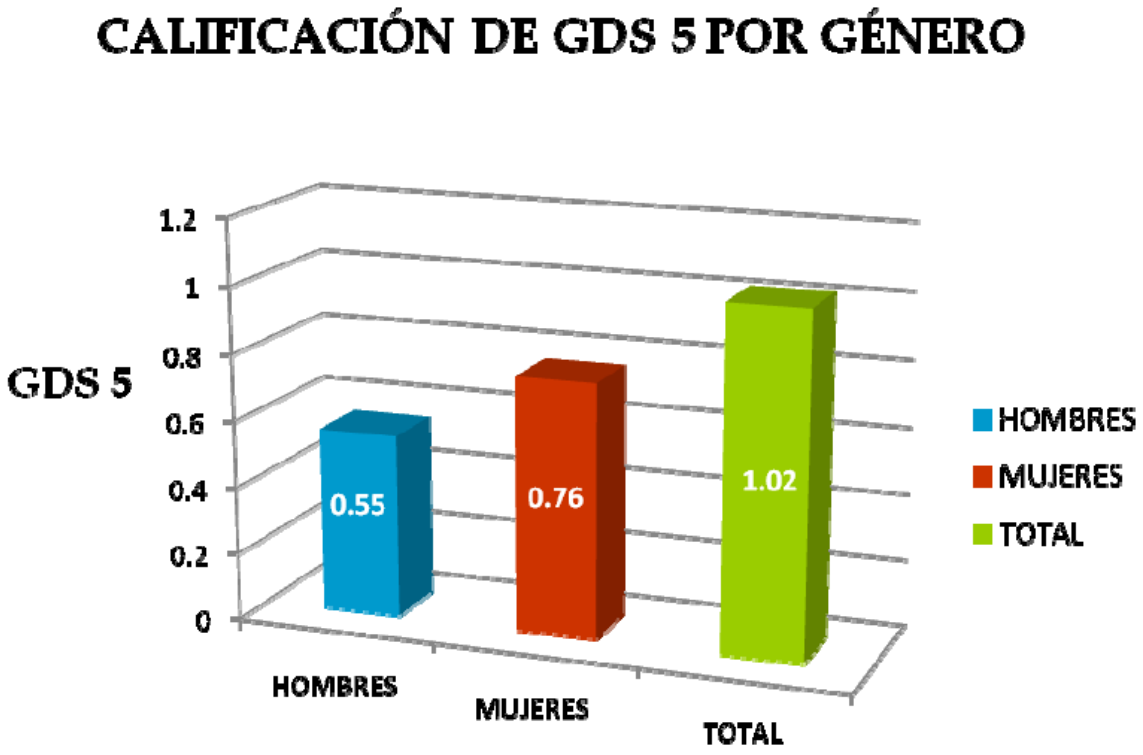
Frecuencia de Independencia Dividido por Grupo de Edad y por Género



5.3.2.3 Estado psicoafectivo y Cognoscitivo

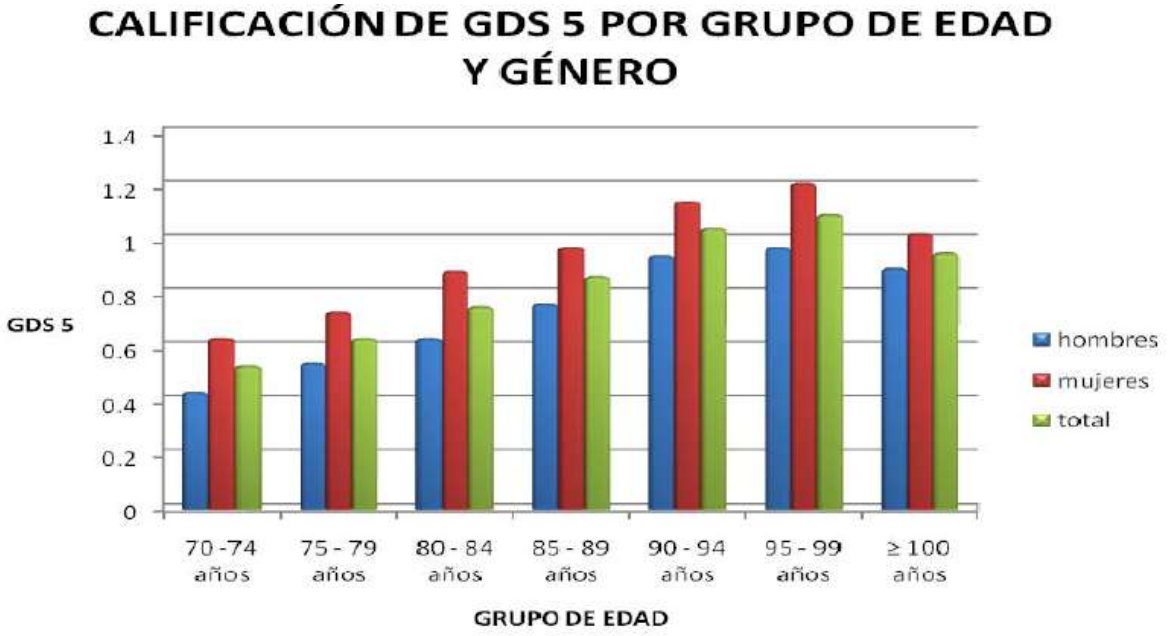
5.3.2.3.1 Estado Psicoafectivo

Se realizó la prueba de GDS 5 (Geriatric Depresion Scale), el resultado de la media de la población es de 1.02 (±1.14), encontrando que los hombres obtienen una calificación de 0.55 (±1.02) y las mujeres una calificación de 0.76 (±1.2), y se evidencia que la mejor calificación que tiene que ver con el estado de ánimo global, es para el género masculino. (Ver gráfico 3.1)



5.3.2.3.1.1 Calificación de la escala de depresión geriátrica (geriatric depresion scale o gds 5) por género

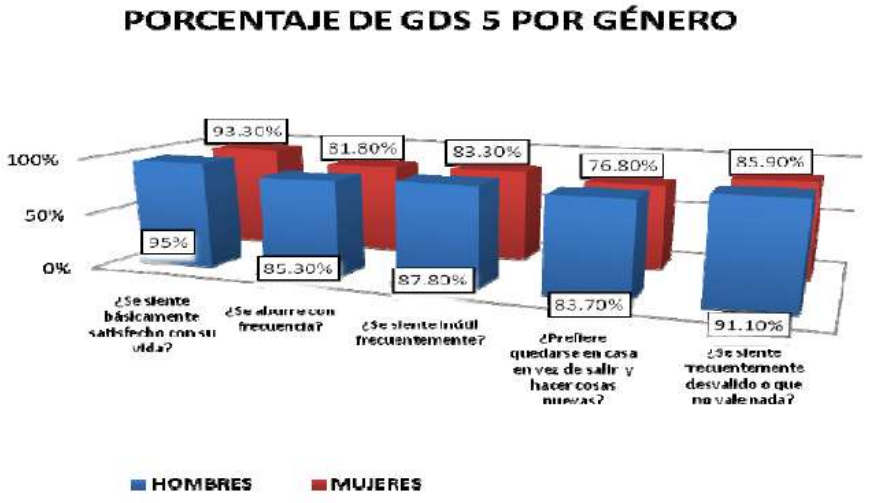
Se dividieron los grupos de hombres y mujeres por quinquenios de los 70 a los 100 años, y se encontró un comportamiento lineal ascendente, para después descender en el último quinquenio en ambos grupos pero manteniendo la misma relación; esto es, encontrando menor puntuación obtenida en población femenina mayor de 100 años (1.02) que en la población de 95-99 años (1.21). En el género masculino se mostró una calificación inicial de GDS 5 de 0.43 puntos en el rubro de 70 a 74 años manteniendo de forma ascendente este comportamiento con diferencias de una décima entre grupos etarios hasta el de 90 a 94 años con una calificación de 0.94 y en las edades comprendidas entre 95 y 99 años con calificación de 0.97, se observa un discreto aumento entre estos grupos para después descender a 0.89; mostrando entonces que en edades avanzadas el estado de ánimo tiende a mejorar y que la población centenaria incluso se encuentra en mejores condiciones que dos quinquenios previos. Por otra parte, el comportamiento en el sexo femenino presenta una curva similar, con la diferencia que a los 70 años resulta con una puntuación mayor (0.63) que el género masculino (0.43); resulta una diferencia de 0.2 entre géneros; existe una acentuación del problema en el cambio de grupos de 85-89 años al de 90-94 años con una diferencia de 0.17 puntos; así como el de 95-99 años y mayores de 100 años (diferencia de .19). (Ver tabla 3.1, gráfico 3.2)



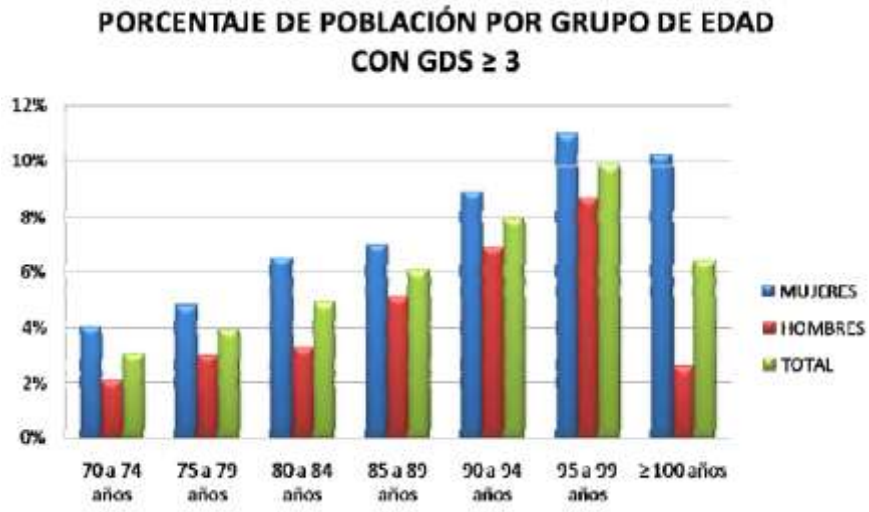
CALIFICACIÓN DE GDS 5 POR GRUPO DE EDAD Y GÉNERO

EDAD	70-74 años	75-79 años	80-84 años	85-89 años	90-94 años	95-99 años	≥100 años
HOMBRES	0.43	0.54	0.63	0.76	0.94	0.97	0.89
MUJERES	0.63	0.73	0.88	0.97	1.14	1.21	1.02
TOTAL	**0.53**	**0.63**	**0.75**	**0.86**	**1.04**	**1.09**	**0.95**

Por género existe diferencia para cada pregunta interrogada. En la primera pregunta sobre la satisfacción por la vida hubo diferencias por género:
Los hombres respondieron sentirse más satisfechos con su vida (95%) que las mujeres (93.3%). Los hombres (85%) se aburren con menor frecuencia que las mujeres (81.8%), y se sienten menos inútiles (87.8%) en comparación con las mujeres (83.3). Los hombres prefieren quedarse en casa (83.7) en menor proporción que las mujeres (76.8); así mismo, los hombres se sienten menos desvalidos (91.1%) que las mujeres (85.9%). (Ver Gráfico 3.3)



El porcentaje corresponde a las respuestas que son positivas para depresión.
En el reporte de GDS con 3 o más respuestas positivas, para establecer qué porcentaje de la población se encuentra con depresión, se observó que la población general, por grupo de edad se comporta de manera lineal ascendente (a mayor edad mayor depresión). En el rubro de edad de 70-74 años el 3.05% presenta depresión y en el siguiente rubro de 75 a 79 años hay un aumento de 0.85% en la población general que presenta depresión (3.90%); así sucesivamente la diferencia porcentual de población que presenta depresión asciende en 1%, 1.15%, 1.85% y 1.95% para los grupos de 80-84 años, 85-89 años, 90-94 años y 95-99 años respectivamente. En el grupo de mayores de 100 años, el porcentaje de depresión es de 6.40%, disminuyendo el 3.45% en relación al grupo de edad previo, de 95-99 años. (Gráfico 3.4)



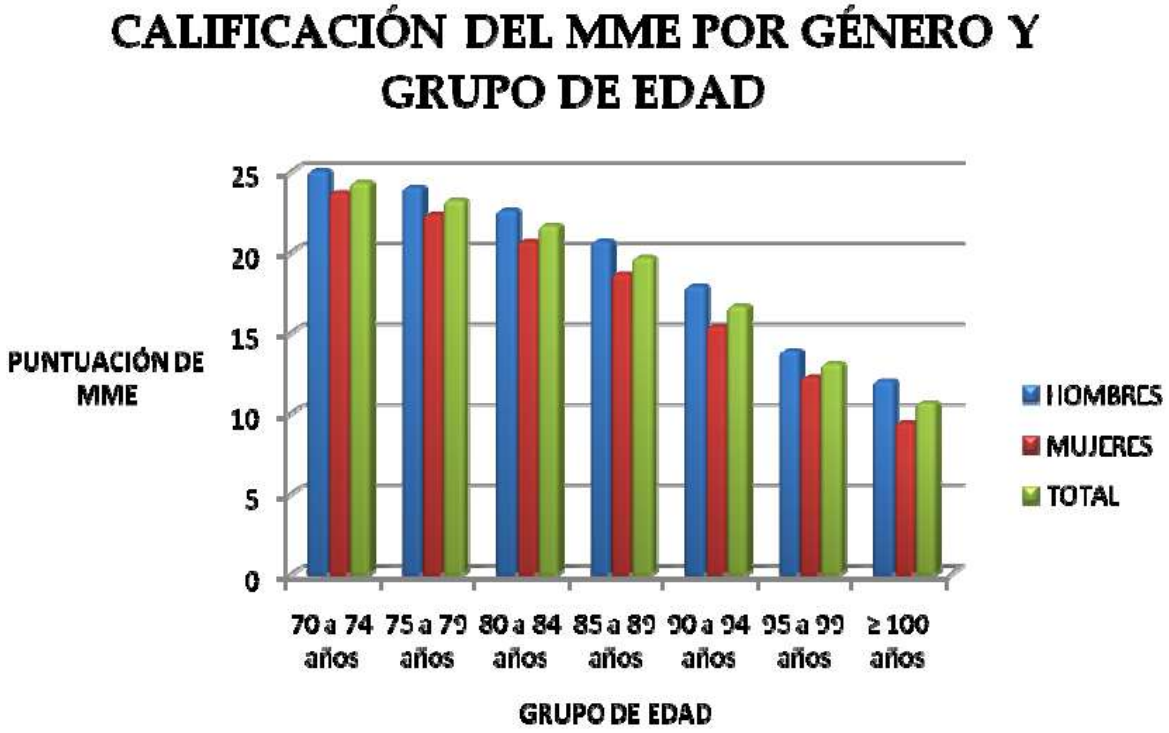
Al analizar la frecuencia de probabilidad de depresión entre ambos géneros, se encuentran diferencias marcadas en cuanto a un mayor porcentaje en el género femenino, el cual presenta el 4% de la población de 70-74 años con GDS mayor de 3, aumentando un 0.8% de la población de 75-79 años (4.80%), posteriormente los ancianos 80-84 años se presenta un porcentaje de 6.50% de población con depresión, lo que representó un aumento del 1.7% en el grupo previo, para después aumentar el 0.5% al siguiente grupo de edad 85-89 años (7%), durante este quinquenio el porcentaje de presentación de depresión oscila entre 6.5% y 7% (80-89 años), para después presentar una diferencia porcentual del 1.9%, (85-89 años a 90-94 años), y continuar aumentando el porcentaje con diferencia del 2.1% (90-94 años a 95-99 años). Observando el mismo patrón de descenso en el grupo de edad de mayores de 100 años en sólo un 0.8%.
A diferencia de las mujeres, el género masculino presenta un menor porcentaje de esta patología, se inicia con un 2.10% a los 70-74 años continuando con el porcentaje más alto a los 95-99 años con 8.7% y disminuye a un 2.60% en mayores de 100 años. (Tabla 3.2)

FRECUENCIA DE ADULTOS MAYORES CON GDS ≥ 3 POR GÉNERO Y GRUPO DE EDAD

EDAD	70 a 74 años	75 a 79 años	80 a 84 años	85 a 89 años	90 a 94 años	95 a 99 años	≥ 100 años
MUJERES	4%	4.80%	6.50%	7%	8.90%	11%	10.20%
HOMBRES	2.10%	3%	3.30%	5.10%	6.90%	8.70%	2.60%
TOTAL	3.05%	3.90%	4.90%	6.05%	7.90%	9.85%	6.40%

5.3.2.3.1.2 Deterioro Cognoscitivo

El deterioro cognoscitivo es el resultado de la afectación de las funciones mentales y es provocada por múltiples causas. La valoración utilizada fue el Mini-Mental State Examination (MMSE) como herramienta de escrutinio para deterioro cognoscitivo. Se realizó el análisis a un total de 56,913 adultos mayores de 70 años de edad; 61% mujeres y 39% hombres. Posteriormente, para tener una estimación aproximada de la prevalencia de la demencia se combinaron a los pacientes con un corte de MMSE menor de 20 con aquellos con cualquier grado de disfuncionalidad, cumpliendo así con los criterios de demencia (es decir, problemas cognoscitivos más disfuncionalidad).

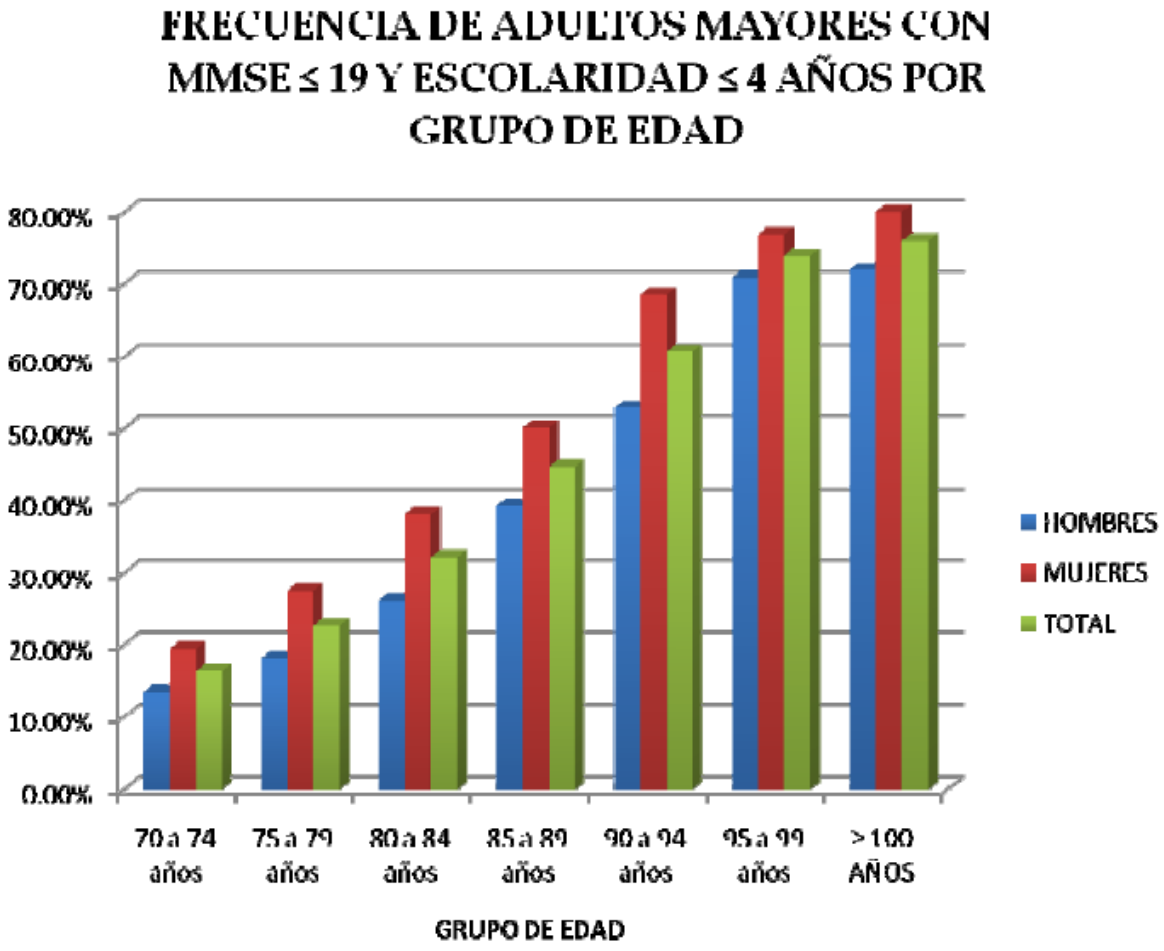


La cognición se encontró en paralelo más afectada en mujeres que en hombres y directamente proporcional a la edad.

CALIFICACIÓN DEL MME POR GÉNERO Y GRUPO DE EDAD

EDAD	70 a 74 años	75 a 79 años	80 a 84 años	85 a 89 años	90 a 94 años	95 a 99 años	≥ 100 años
HOMBRES	24.98	24.01	22.57	20.66	17.85	13.84	11.94
MUJERES	23.62	22.33	20.63	18.59	15.33	12.21	9.37
TOTAL	**24.3**	**23.17**	**21.6**	**19.62**	**16.59**	**13.02**	**10.62**

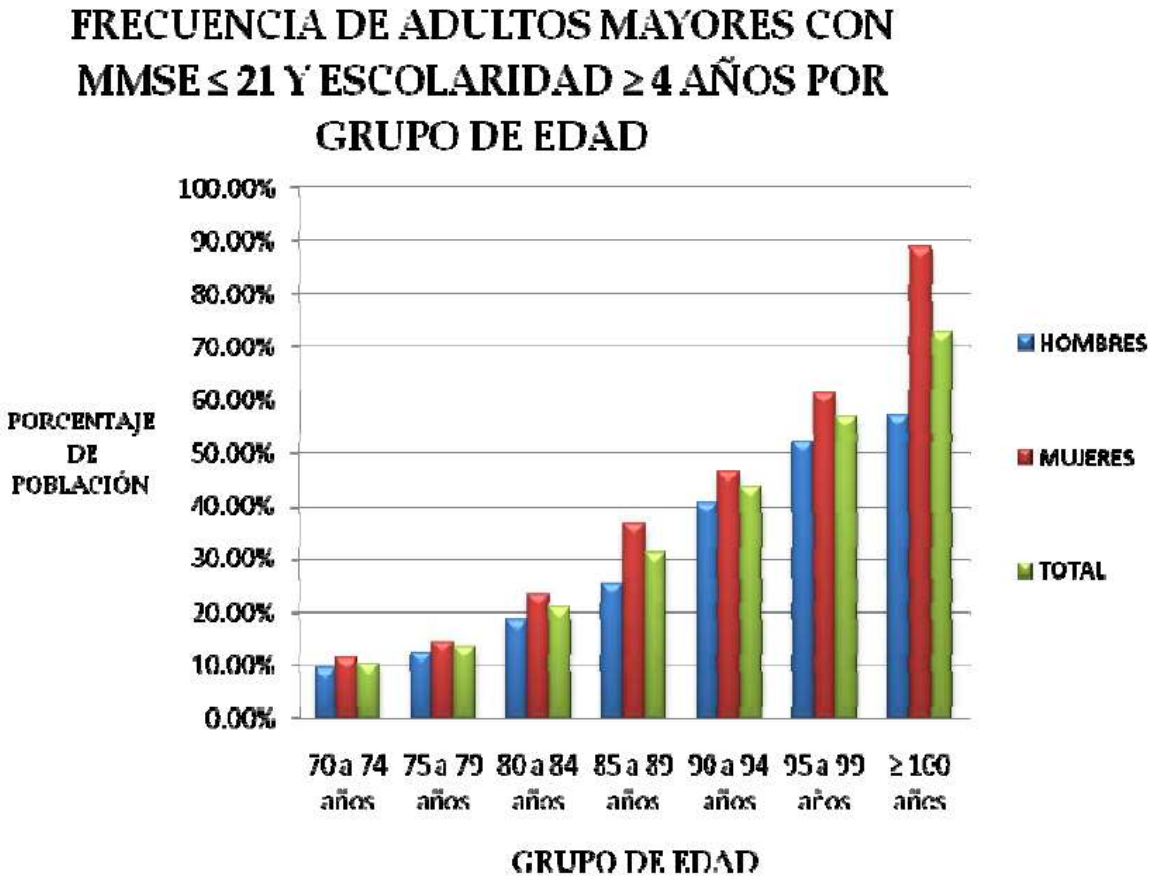
De manera similar, se encontró una peor cognición en mujeres que en hombres con escolaridad menor o igual a cuatro años, de manera paralela y directamente proporcional a la edad. (Gráfica 3.6, *Tabla 3.3)*



FRECUENCIA DE ADULTOS MAYORES CON MMSE ≤ 19 Y ESCOLARIDAD ≤ 4 AÑOS POR GRUPO DE EDAD

EDAD	70 a 74 años	75 a 79 años	80 a 84 años	85 a 89 años	90 a 94 años	95 a 99 años	≥ 100 años
HOMBRES	13.40%	18.10%	26.10%	39.20%	52.80%	70.80%	72%
MUJERES	19.40%	27.40%	38.10%	50.10%	68.50%	76.80%	80%
TOTAL	**16.40%**	**22.75%**	**32.10%**	**44.65%**	**60.65%**	**73.80%**	**76%**

En correlación con el grado de escolaridad, siguieron siendo las adultas mayores las que registraron un mayor deterioro que los hombres, lo cual se acentúa a mayor edad.



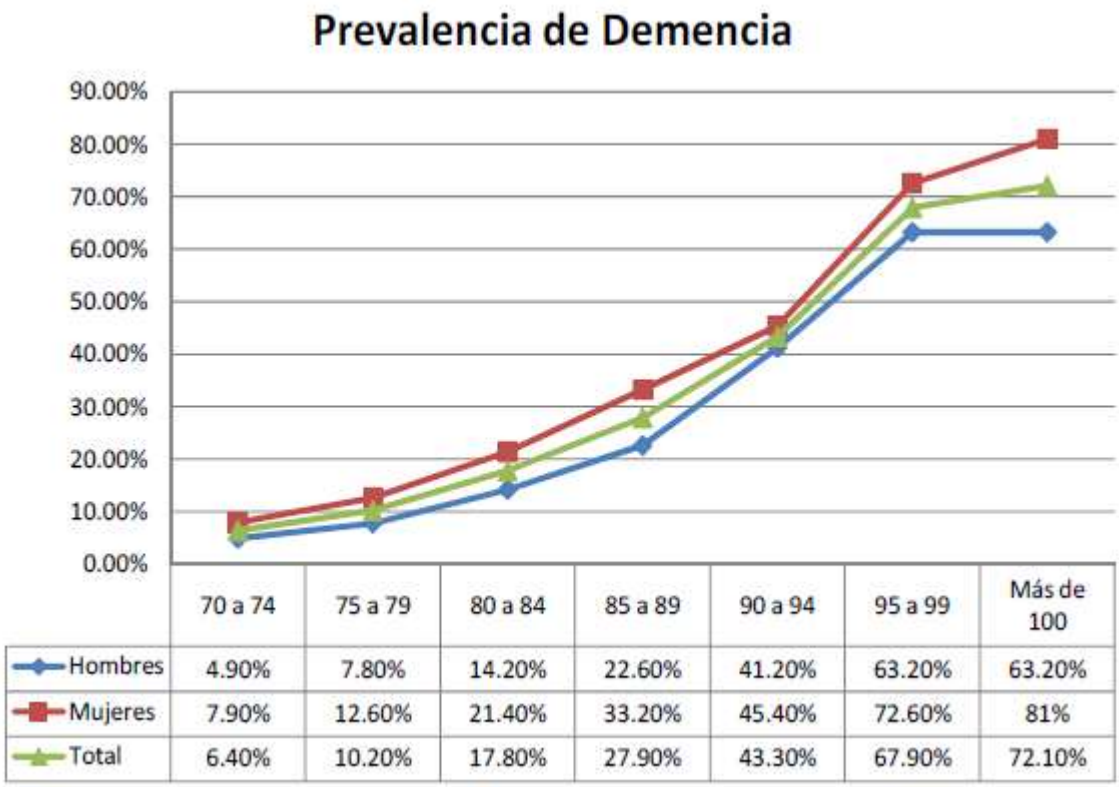
FRECUENCIA DE ADULTOS MAYORES CON MMSE ≤ 21 Y ESCOLARIDAD ≥ 4 AÑOS POR GRUPO DE EDAD Y GÉNERO

EDAD	70 a 74 años	75 a 79 años	80 a 84 años	85 a 89 años	90 a 94 años	95 a 99 años	≥ 100 años
HOMBRES	9.30%	12.30%	18.40%	25.40%	40.50%	52.20%	57.10%
MUJERES	11.10%	14.50%	23.30%	36.80%	46.50%	61.50%	88.90%
TOTAL	**10.20%**	**13.40%**	**20.85%**	**31.10%**	**43.50%**	**56.85%**	**73%**

A continuación, se describe el desglose de la herramienta utilizada para el tamizaje de deterioro cognitivo, encontrando de manera general que el hombre fue el mejor calificado, en algunas actividades de manera más acentuada, como en la memoria de trabajo, y en otras prácticamente a la par de las mujeres, como en la evocación. Con una diferencia final en el total de 1.69 puntos más para el hombre de 30 máximos posibles. (*Tabla 3.6)*

Variable	Hombre (±DE)	Mujer (±DE)	Total (±DE)
Orientación Temporal	4.3 (±1.19)	4.01 (±1.36)	4.12 (±1.3)
Orientación Espacial	4.61 (±0.96)	4.37 (±1.18)	4.46 (±1.11)
Repetición de Palabras	2.88 (±0.46)	2.87 (±0.5)	2.87 (±0.48)
Memoria del Trabajo	3.8 (±1.84)	2.97 (±2.14)	3.29 (±2.07)
Evocación	1.8 (±1.11)	1.87 (±1.07)	1.84 (±1.09)
Gnosias	1.93 (±0.3)	1.92 (±0.33)	1.93 (±0.32)
Repetición de Frase	0.93 (±0.23)	0.93 (±0.23)	0.93 (±0.23)
Indicaciones Verbales	2.56 (±0.82)	2.48 (±0.88)	2.51 (±0.86)
Indicaciones Escritas	0.77 (±0.41)	0.66 (±0.47)	0.7 (±0.45)
Lenguaje Escrito Espontáneo	0.59 (±0.49)	0.49 (±0.49)	0.53 (±0.49)
Visuoespacial	0.59 (±0.49)	0.46 (±0.49)	0.51 (±0.49)
Total MMSE	24.58 (±5.26)	22.89 (±5.9)	23.55 (±5.72)

La ilustración detallada del incremento de la prevalencia de la demencia conforme se tiene más edad y su relación en paralelo entre géneros, encontrando que ésta siempre es mayor en el género femenino y la diferencia es más acentuada de los 70 a los 89 años, la relación se estrecha de los 90 a 99 años y vuelve a incrementarse en los centenarios, donde la mujer alcanza el altísimo porcentaje de 81. (*Gráfico 3.8)*

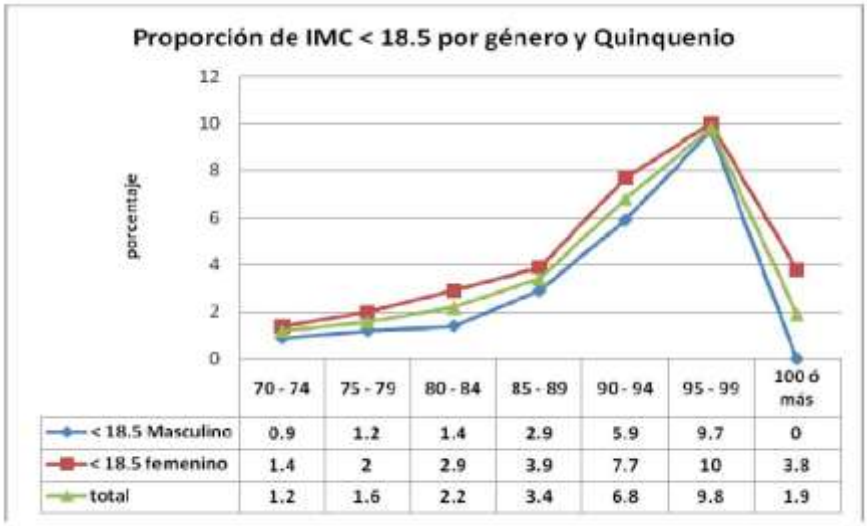


	70 a 74	75 a 79	80 a 84	85 a 89	90 a 94	95 a 99	Más de 100
Hombres	4.90%	7.80%	14.20%	22.60%	41.20%	63.20%	63.20%
Mujeres	7.90%	12.60%	21.40%	33.20%	45.40%	72.60%	81%
Total	6.40%	10.20%	17.80%	27.90%	43.30%	67.90%	72.10%

5.3.2.4 Indicadores nutricionales

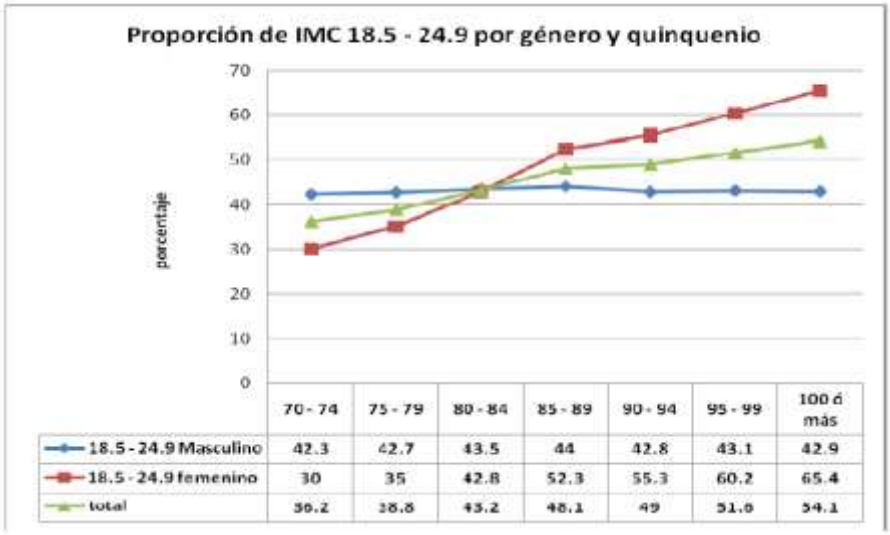
5.3.2.4.1 Estado Nutricional

Se define el Índice de Masa Corporal (IMC), como el resultado de dividir el peso en kilogramos entre la altura en metros elevada al cuadrado. (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2006).
Se considera que el IMC <18.5 es un marcador de desnutrición (ENSANUT 2006) para el ser humano, su valor tiende a elevarse en forma constante a partir del quinquenio de 70 a 74 años hasta alcanzar alrededor del 10% en ambos géneros en los quinquenios 95 a 99 años. Esta elevación es ligeramente mayor en mujeres que en hombres. No se encontró en esta población ningún hombre de más de 100 años con un IMC < 18.5. (Gráfico 4.1)



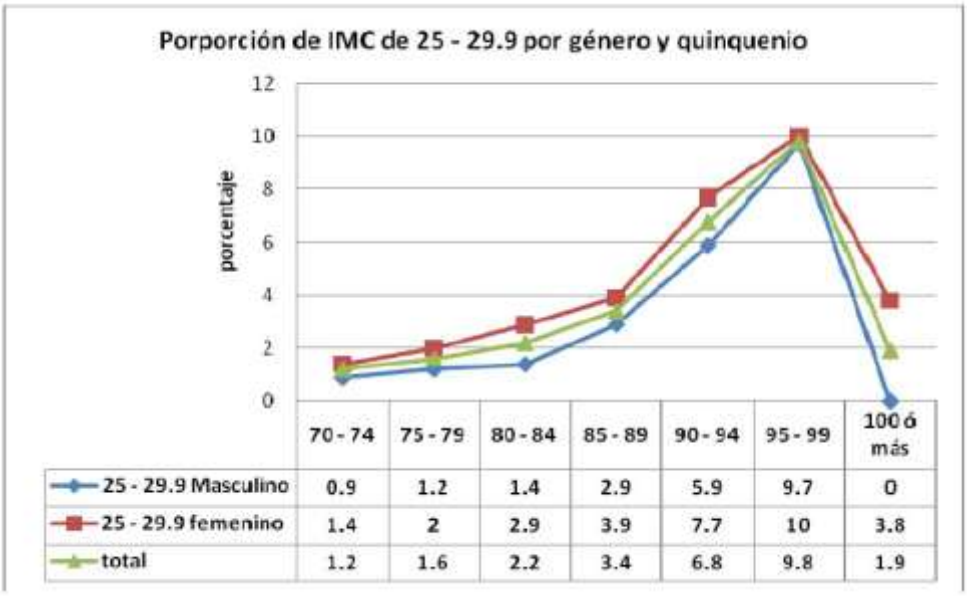
	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100 ó más
< 18.5 Masculino	0.9	1.2	1.4	2.9	5.9	9.7	0
< 18.5 femenino	1.4	2	2.9	3.9	7.7	10	3.8
total	1.2	1.6	2.2	3.4	6.8	9.8	1.9

El estado nutricional adecuado determinado como IMC de 18.5 a 24.9 (ENSANUT 2006), en el género femenino tiende a elevarse en forma constante y va desde un 30% hasta alcanzar el doble en mujeres de 100 o más años, mientras que en el género masculino la proporción es de alrededor del 40%, se mantiene en forma constante. (Gráfico 4.2)



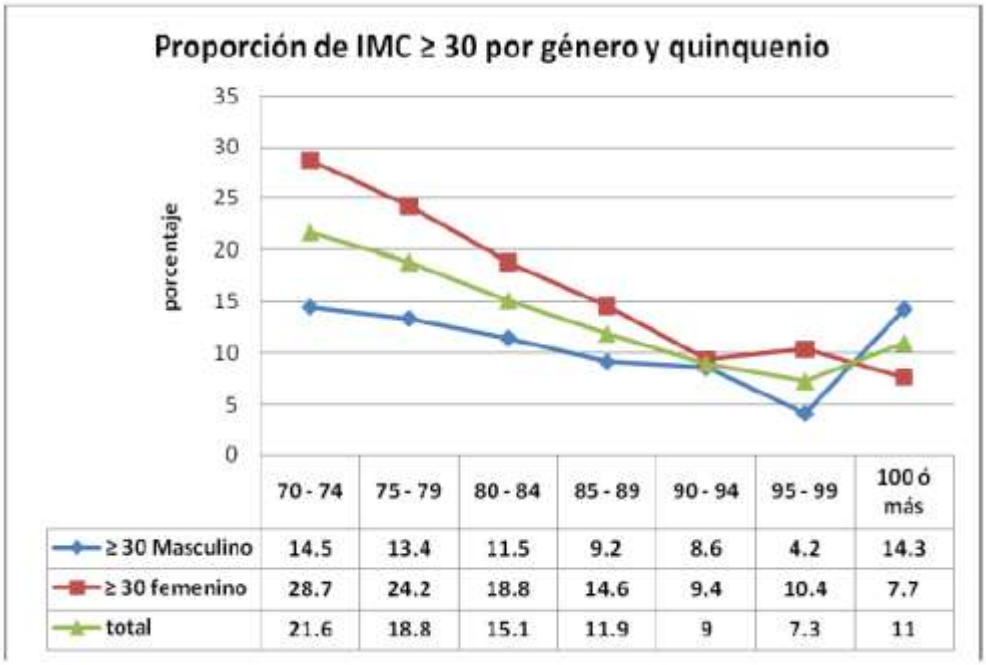
	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100 ó más
18.5 - 24.9 Masculino	42.3	42.7	43.5	44	42.8	43.1	42.9
18.5 - 24.9 femenino	30	35	42.8	52.3	55.3	60.2	65.4
total	36.2	38.8	43.2	48.1	49	51.6	54.1

Se entiende por sobrepeso al IMC que se encuentra entre 25 a 29.9 (ENSANUT 2006), el cual tiende a disminuir en las mujeres, siendo del 39.8% en el quinquenio de 70 a 74 años y disminuyendo en forma constantes hasta el quinquenio de 95 a 99 años. A partir de los 100 años y más se eleva ligeramente. (Gráfico 4.3)



	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100 ó más
25 - 29.9 Masculino	0.9	1.2	1.4	2.9	5.9	9.7	0
25 - 29.9 femenino	1.4	2	2.9	3.9	7.7	10	3.8
total	1.2	1.6	2.2	3.4	6.8	9.8	1.9

La obesidad que se define como un índice de masa corporal igual o mayor de 30 (ENSANUT 2006), en ambos géneros tiende a disminuirse conforme avanza la edad, siendo de mayor intensidad en las mujeres que en los hombres hasta el quinquenio de 95 a 99 años y a partir de los 100 ó más años se eleva en hombres en un 10%, no así en las mujeres, en quienes se continua reduciendo (Gráfico 4.4).



	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100 ó más
≥ 30 Masculino	14.5	13.4	11.5	9.2	8.6	4.2	14.3
≥ 30 femenino	28.7	24.2	18.8	14.6	9.4	10.4	7.7
total	21.6	18.8	15.1	11.9	9	7.3	11

Capítulo 6:

La bioética en el ejercicio médico frente al adulto mayor

La melancolía son las migajas del pastel que comimos ayer

Que el siglo XXI ha entrado ya y que lo ha hecho de la mano de las nuevas tecnologías es hoy una convicción tan generalizada como correcta. Los cambios que se están operando debido a las nuevas tecnologías de comunicación (información), a la modificación de la relación del hombre con la naturaleza (ecología) y la modificación de la relación consigo mismo y con sus semejantes (derecho y sociedad) nos ponen ante un panorama de transformación y, a su vez, generan una serie de interrogantes frente a los que la humanidad jamás se había encontrado con anterioridad. De la necesidad de responder a las preguntas de esa novedad radical han nacido disciplinas tan recientes como necesarias.

Tal es el caso de la bioética, la relativa estabilidad que se había atribuido tradicionalmente a los fenómenos biológicos ha quedado dinamitada -en una auténtica revolución un parangón desde la de Darwin por la proteica y casi ilimitada posibilidad de modificar la vida (la nuestra, la de nuestra descendencia, la de los seres vivos que nos rodean, etc.).

Al interés por los nuevos descubrimientos (clonación animal y humana, modificación del código genético, trasplantes entre especies animales diferentes, etc.) se une la preocupación por el destino final de este vertiginoso viaje: ¿dónde iremos a parar? De la encrucijada entre la esperanza de que las nuevas tecnologías contribuyan a mejorar la vida y el miedo a que puedan engendrar monstruos inimaginables es de donde nace la bioética, campó interdisciplinar donde los haya, lleno de interés y de intereses, de preguntas y de respuestas (a veces contrapuestas) entre las que debemos elegir.

Tenemos entre las manos un puñado de reflexiones que en todos los casos, y a pesar del carácter multidisciplinar desde el que se han fraguado, tienen como horizonte último la dignidad y libertad de nuestro género, es pues, tan sólo una invitación. La invitación a una meditación serena y pausada, hecha desde la convicción de que nuestra responsabilidad como humano no nos permite abandonar el futuro, el azar ciego de la inconsciencia o a la lucha caótica de los intereses.[268]

6.1 El papel de la ética en la relación médico-paciente

6.1.1 Antecedentes

La nota general que marcó la práctica médica en las primeras etapas del desarrollo de la humanidad fue el sustento mágico y la superstición. La atención de los pacientes no requería propiamente de un planteamiento ético, dado que la acción curativa era delegada a las fuerzas externas: dioses y demonios eran responsables de la salud, curación, enfermedad y muerte; el curandero, sacerdote o chamán quedaba exento de responsabilidad, pues sólo era una pieza más en el juego de las fuerzas sobrenaturales.

La filosofía pre-socrática marca una nueva etapa al reconocer la libertad de pensamiento y despojar a. la práctica médica de la mitología, la religión y la superstición. El médico pasa a ser un agente activo en el desarrollo o curación de la enfermedad y su actuación puede ser cuestionada. Es precisamente un médico, Hipócrates, quien señaló las bases de una práctica apoyada en principios científicos y éticos. Posteriormente, la religión católica añadió los sentimientos de caridad y amor al prójimo como motor de muchas acciones de médicos y enfermeras en beneficio de los seres humanos.[269]

---

[268] Casado, María. *Bioética, derecho y sociedad*

[269] La civilización egipcia es ejemplo de una etapa más evolucionada, según consta en papiros que mencionan ciertas consideraciones de carácter ético. Posteriormente en Babilonia, el Código de Hammurabi hace referencia específica a la profesión médica. Los médicos debían tener una especialización y les era obligatorio ejercerla y no actuar en otra que no fuera la suya. Existían médico cirujano, conjurador, marcador de esclavos y partero. Cfr. Kuthy Porter, José El. Al. *Temas actuales de Bioética* pp 5-7.

Desde los orígenes de la medicina occidental, es decir, desde los escritos que la tradición atribuyó al médico griego Hipócrates de Cos, la ética médica ha venido utilizando para discernir lo bueno de lo malo un criterio de carácter "naturalista". Al margen de que incurra o no en la que desde principios de siglo viene conociéndose con el nombre de "falacia naturalista", es lo cierto que tal criterio ha solidó identificar lo bueno con el "orden" natural, y considerar malo su desorden. La naturaleza es obra de Dios, dirán los teólogos cristianos de la Edad Media, y en consecuencia el orden natural es formalmente bueno. Esto explica por qué toda la cultura medieval gritó en torno a la idea de "orden". Este orden abarcaba no solo a las cosas que solemos llamar naturales, sino también a los hombres, a la sociedad y a la historia. Por lo menos se consideraba malo, por ejemplo, todo uso desordenado o no natural del cuerpo o de cualquiera de sus órganos. Lo segundo llevó a pensar que la relación médico-enfermo, en tanto que relación social y humana, había de efectuarse también según orden. Este orden no era unívoco, ya que, en él, el médico era considerado sujeto agente y el enfermo sujeto paciente. El deber del médico era "hacer el bien" - al paciente, y el de este el aceptarlo. La moral de la relación médico-enfermo había de ser, pues, una típica "moral de beneficencia". Lo que el médico pretendía lograr era un bien "objetivo", la restitución del "orden" natural, razón por la que debía imponérselo al enfermo, aun en contra de la voluntad de este. Cierto que el enfermo podía no considerar bueno aquello que el médico propugnaba como tal, pero ello se debería a un error "subjetivo" que, obviamente, no podía tener los mismos derechos que la verdad objetiva.[131] [270]

En consecuencia, en la relación médico-enfermo el médico era no sólo agente técnico sino también moral, y el enfermo un paciente necesitado a la vez de ayuda técnica y ética. El conocedor del orden natural, en el caso de la enfermedad, era el médico, que podía y debía proceder por ello aun en contra del parecer del paciente. Fue la esencia del "paternalismo", una constante en toda ética médica del "orden" natural.
Tradicionalmente el médico empleaba todos sus conocimientos en beneficio del paciente, ya fuera para mitigar su dolor, curar su enfermedad o salvarle la vida. El paciente, en cambio, desempeñaba un comportamiento pasivo,[271] limitado a cumplir las órdenes del médico sin cuestionamiento alguno. Tal actitud respondía a la convicción de que el médico sólo buscaba el beneficio del paciente; ambas partes de la relación tenían enemigos comunes contra quien luchar, la enfermedad, el dolor y la muerte.

En pocos documentos literarios se ve esto tan claro como en la *República* de Platón, el libro que, por otra parte, ha configurado la politología occidental durante más de un milenio. Para Platón, [...] toda sociedad política bien construida ha de estar formada por varios tipos de personas. En primer lugar, por aquellos que se dedican al cultivo de las llamadas artes serviles o mecánicas (agricultura, industria fabril, carpintería, herrería, albañilería, etc.). De estos dice Platón que es, como consecuencia de su propio trabajo, deformes de cuerpo e innobles de espíritu. En ellos no hay salud ni moralidad posibles. Por eso su estatuto político no puede ser el de las personas libres, sino el de los siervos o esclavos. Carecen, pues de libertades políticas y civiles. Lo contrario les sucede a aquellos otros hombres que dentro de la ciudad se dedican al cultivo de las artes liberales o escolares (aritmética, geometría, música, astronomía), y que Platón identifica con el estamento de los guardianes. Estos han de cumplir en la ciudad una doble función, la de defenderla de las amenazas exteriores (para lo cual deben ser sanos y fuertes de cuerpo) y la de poner orden y paz en las disputas internas (lo que no puede conseguirse más que con una buena educación moral y un

---

[270] Gracia, Diego. La bioética médica. Publicado originalmente como ensayo introductorio al libro: *Fundamentos de Bioética*

[271] De los escritos hipocráticos, surge claramente que el médico debe querer el mayor bien para el enfermo, pero sin contar con su voluntad, ya que no se consideraba que el enfermo tuviera autonomía moral. La doctora Fracapani amplía esta relación al considerar que "el paternalismo es la forma de tratar o gobernar a los otros como el padre trata a sus hijos. Se ha visto no sólo en la vida familiar, sino también en la religiosa, en la política y en la médica. La dominación puede considerarse como la característica típica de las profesiones y como fundamental diferencia con las ocupaciones y oficios". Cfr. Fracapani de Cuitiño, Marta Et. Al. *Bioética: Limitaciones en el Tratamiento* p 29

exquisito sentido de las cuatro virtudes cardinales: la prudencia, la justicia, la fortaleza y la templanza. Si los artesanos eran de condición enfermiza y poco moral, estos han de considerarse, por el contrario, como sanos de cuerpo y de alma. Por eso pueden ser hombres libres y gozar de libertades. De entre los mejores de ellos saldrán los gobernantes, que para Platón han de tener categoría de hombres perfectos. De ahí que al gobernante de la *República* le sea inherente la condición de filósofo, y por tanto el dominio de la ciencia más elevada, la dialéctica. Mediante ella, el filósofo puede diferenciar lo-verdadero de lo falso, lo bueno de los malo, lo justo de los injusto, y transmitirlo, en tanto que monarca, a la comunidad. El gobernante platónico "impone" los valores a los demás miembros del cuerpo social. Es un soberano absoluto y absolutista, todo lo contrario de un gobernante democrático. Los seres humanos, los habitantes de la ciudad, no son sujetos primarios de derechos y libertades políticas, algunas de las cuales delegan en el soberano; muy al contrario, el gobernante lo es por naturaleza, y las libertades de que gozan los ciudadanos les vienen impuestas desde arriba. El orden moral, en concreto, es la consecuencia de la percepción privilegiada que el monarca tiene del mundo de las ideas, sobre todo de la idea de bien. La función del gobernante no es otra que la de mediar entre el mundo de las ideas y el de los hombres. Por extraño que parezca, pues, el orden moral, no surge de la libre aceptación sino de la imposición. Es bien sabido que en la tradición socrática ambos conceptos no son antagónicos, ya que quien percibe el bien no puede no apetecerlo. Lo libre no se opone a lo necesario. Obligando a sus súbditos a cumplir con el orden moral impuesto, el gobernante platónico no hace otra cosa que promocionar la libertad de todos y cada uno de los individuos. Tal es la justificación moral del absolutismo político.

Y si el término de monarca o gobernante se sustituye por el de médico, y él se súbdito por el de enfermo, se tiene una imagen fiel de lo que tradicionalmente ha sido el despotismo ilustrado del médico. El médico ha sido siempre al cuerpo lo que el monarca a la república: hasta las revoluciones democráticas modernas, un soberano absoluto y absolutista, siempre oscilante entre el paternalismo de las relaciones familiares y la tiranía de las relaciones esclavistas.

Este universo intelectual no cambió de modo sustancial hasta bien entrado el mundo moderno. Si la reforma protestante pretendió y consiguió algo, fue sustituir la idea de "orden" por la de "autonomía"; o también, el orden "natural" por el orden "moral" o de la "libertad". Surgió así el segundo gran paradigma moral de la historia de Occidente. Su historia se confunde con la del progresivo descubrimiento de los derechos humanos, desde Locke hasta nuestros días. Según fue imponiéndose esta mentalidad, las viejas relaciones humanas establecidas conforme a la idea medieval del orden jerárquico, empezaron a verse como excesivamente verticales, monárquicas y paternalistas. Como alternativa a ellas, se propusieron otras de carácter más horizontal, democrático y simétrico. Con este espíritu se realizó las grandes revoluciones democráticas del mundo moderno, primero la iglesia, después la norteamericana, más tarde la revolución francesa.

6.1.2 El papel de la bioética

Es imposible entender el sentido de la bioética médica si se desliga de este contexto. La bioética es una consecuencia necesaria de los principios que vienen informando la vida espiritual de los países occidentales desde hace dos siglos. Si a partir de la ilustración ha venido afirmándose d carácter autónomo y absoluto del individuo humano, tanto en el orden religioso (principio de la libertad religiosa) como en el político (principio de la democracia inorgánica), es lógico que esto llevara a la formulación de los que podemos denominar el "principio de libertad moral", que puede formularse así: todo ser humano es agente moral autónomo, y como tal debe ser respetado por todos los que mantienen posiciones morales distintas. Lo mismo que el pluralismo religioso y el pluralismo político son derechos humanos, así también debe aceptarse como un derecho el pluralismo moral. Ninguna moral puede imponerse a los seres humanos en contra de los dictados de su propia conciencia. El santuario de la moral individual es insobornable.

El pluralismo, la democracia, los derechos humanos civiles y políticos han sido conquistas de la modernidad. También lo ha sido la ética en sentido estricto, es decir, lo moral como contra distinto de lo físico. No puede extrañar, por ello que el desarrollo de la ética haya estado unido a la democracia y los derechos humanos. Todas las revoluciones democráticas, las que han tenido lugar en el mundo occidental a partir del siglo XVIII, se hicieron para defender estos principios. Ahora bien, lo curioso es que este movimiento pluralista y democrático, que se instaló en la vida civil de las sociedades occidentales hace ya siglos, no ha llegado a la medicina hasta muy reciente ha venido obedeciendo más a las pautas señaladas por Platón que a las de corte democrático. En la relación médico-enfermo se ha venido considerando que este, el enfermo, no es solo un incompetente físico sino, también moral, y que por ello debe ser conducido en ambos campos por su médico. La relación médico-enfermo ha sido tradicionalmente, por ello, paternalista y absolutista. El pluralismo, la democracia y los derechos humanos; es decir, la ética, entendida esta en sentido moderno, no ha llegado a ella hasta los últimos años. Fue en la década de los setenta cuando los enfermos empezaron a tener conciencia plena de su condición de agentes morales autónomos, libres y responsables, que no quieren establecer con sus médicos relaciones como las de los padres con sus hijos, sino como la de personas adultas que mutuamente s necesitan y se respetan. La relación médica ha pasado así a basarse en el principio de autonomía y de libertad de todos los sujetos implicados en ella, los médicos, los enfermos, etc.

Cuando todos los seres humanos que componen un grupo social viven de forma adulta y autónoma, hay mucha probabilidad de que no solo en el mundo de la política, sino también en el de la moral y el de la religión, mantengan posiciones diferentes. De aquí derivan dos consecuencias: Primera, que una sociedad basada en la libertad y la autonomía de todos sus miembros ha de ser por necesidad plural y pluralista; es decir, que sus miembros no solo tendrán opiniones políticas, religiosas, morales, etc., distintas, sino que además se comprometerán a respetar las de todos los demás, a condición de que también estos respetan las suyas. Y, la segunda, que además de plural esa sociedad habrá de ser secularizada, ya que resultará prácticamente imposible lograr la uniformidad en materia religiosa.

Durante los muchos siglos en que prevaleció la filosofía griega del orden natural, que pronto cristianizaron los teólogos, la ética médica la hicieron los moralistas y la aplicaron los confesores. Al médico se le daba todo hecho, pidiéndole -o exigiéndole- que lo cumpliera. Tampoco se entendía muy bien que los casos concretos pudieran provocar conflictos graves, sustantivos, ya que una vez establecidos los principios generales, de carácter inmutable, lo único que podían variar eran las circunstancias. Dicho en otros términos: a lo largo de todos esos siglos no existió verdadera "ética médica", si por ella se entiende la moral autónoma de los médicos y los enfermos; existió otra cosa, en principio heterónoma, que podemos denominar "ética de la medicina". Esto explica por qué los médicos no han sido por lo general competentes en cuestiones de "ética", quedando reducida su actividad al ámbito de la "ascética" (cómo formar al buen médico o al médico virtuoso) y de "etiqueta" (qué normas de corrección y urbanidad deben presidir el ejercicio de la medicina). La historia de la llamada ética médica es buena prueba de ello.

Debemos partir de un doble reconocimiento: primero, que la ciencia como tal se rige por valores de verdad o de error, no de bien o de mal, la ciencia es verdadera o falsa; no es ni buena ni mala. No persigue valores éticos, sino epistemológicos, científicos, en sentido estricto. Su finalidad es el conocimiento adecuado y correcto.

El uso del conocimiento no depende propiamente de la ciencia, pues está más allá de la ciencia misma. En este sentido, se insiste mucho en que la ciencia o el científico son neutrales con respecto al uso que se le dé al conocimiento.

Por otra parte, no se puede dejar de reconocer que la ciencia está inscrita en un contexto mayor, que aparte de autonomía la ciencia depende de un contexto social, histórico y humano. La autonomía es relativa puesto que la ciencia misma depende de condiciones económicas, culturales, educativas y sociales; y, por otro lado, tiene fines éticos sociales y humanísticos, como la necesidad de atender al bien común y de estar al servicio del hombre.

El problema es cómo superar estos dos contextos: el de la ciencia y su autonomía, y el de la humanidad en general. Es necesario tomar en cuenta que debe existir un libre fluir de la ciencia, pero dentro de una dirección o una finalidad de carácter ético.

Conciliar ese libre fluir es imposible si no hay un permanente diálogo entre la ciencia, la ética, el derecho y demás disciplinas afines. Se trata, tal como lo dice la Declaración Universal del Genoma Humano, de balancear la libertad de la investigación científica y la necesidad de proteger a la humanidad de posibles abusos.

Tal balance es, posiblemente, una de las cuestiones claves a las cuales está abocada, en su esencia misma, la bioética. Esta cuestión nos remite a otra que quizá sea la más importante: ¿Cómo hacer compatibles los valores de carácter universal con el devenir y la autonomía de la vida ética y la vida científica?

La relación entre medicina y ética se remonta a los primeros testimonios escritos y seguramente es tan antigua como la humanidad misma: desde que el hombre aprende a curar aprende que su "saber" conlleva un "poder" y que éste tiene dos filos: que es poder de vida o de muerte, y que debe, por tanto, someter ese poder a criterios y valores éticos; aprende que sólo la ética permite superar esa ambigüedad haciendo que dicho poder se realice en su sentido positivo, como principio de vida, de salud y de bien.[272]

En la actualidad existe el problema de las relaciones interhumanas, que a lo largo de la historia han sido relaciones de dominio, de lo que los filósofos han llamado estructuras de amo-esclavo, de-sujeto-objeto. Tanto en el espacio colectivo de las relaciones de dominio político, como entre dos seres humanos o dos diferentes grupos humanos, parecería que sólo tenemos posibilidad de relacionarnos en la medida en que uno domina y el otro es dominado. Sólo en la creación estrictamente ética del amor se trasciende esa estructura de dominio.

En medicina, además, esto se acentúa porque la relación médico-paciente es asimétrica por definición: existe una natural desventaja y dependencia del paciente adulto mayor con respecto al médico, y hay un estado de saber creciente del médico con respecto al enfermo. Si no hay una actividad ética, la tentación del dominio se torna enormemente fuerte en esta relación.

Por otra parte, y quizá este es el aspecto filosófico más importante, está el hecho de que la enfermedad en el anciano es una situación límite ante la propia condición humana y ante la muerte. Pero, sobre todo, la enfermedad hace recordar que somos cuerpo, vida, materia. En la salud se olvida la pertenencia a la tierra. En cambio, la enfermedad recuerda que somos un órgano determinado, o un cuerpo determinado, y nos regresa a nuestra condición natural y material.

En tratándose de la medicina y la ética médica, la ética cobra una singular relevancia ante estas circunstancias, como si en este campo las exigencias de índole moral se intensificaran y multiplicaran, e incluso, cuando se piensa en ética profesional suele pensarse ante todo en la ética médica. Como si el médico tuviera que ser "más ético" que todos los demás profesionistas y que

[272] González V., Juliana. *El poder de eros: Fundamentos y valores de Ética y Bioética* p 249.

todos los demás seres humanos. Lo cual no es precisamente así, pero es indicador de una peculiar significación ética de la medicina.

La ética médica, desde luego, no es un mero código o un mero "juramento". Es cierto que en las más diversas culturas han existido conjuntos de reglas explícitas destinadas a imprimir un sentido ético a la actividad de los médicos.[273]

Entre los hindúes, los chinos, los japoneses, los precolombinos; el Código de Hammurabi entre los babilónicos y, por supuesto, el juramento hipocrático entre los griegos. Lo que en particular le da validez a este último, hasta el presente, no es aquello que tiene de meramente normativo y circunstancial, que resulta a todas luces obsoleto, sino lo que está implícito y subyace en el fondo de éste y de todos los códigos y juramentos médicos, como algo verdaderamente universal e imperecedero: el reconocimiento de *la intrínseca necesidad de que la medicina se rija por principios éticos, y* más concretamente aún, de *que el médico posea virtudes personales de índole moral,* como la bondad, la comprensión, la honestidad, el respeto irrestricto a la vida y a la dignidad del paciente -entre otras-. Está en el fondo, en efecto, la clara conciencia de que no es indiferente la calidad moral del médico respecto de su capacidad científica y técnica para curar; que el médico debe atender no sólo a su formación científica, sino a su propio perfeccionamiento moral.[274]

Es esta significación ética de la medicina, esta conciencia de la "ética médica", lo que ha estado presente en todas las culturas y en todas las épocas y que, de manera particular en nuestro tiempo, adquiere especial relevancia, fundamentalmente porque es algo que, en múltiples formas, se encuentra amenazado.

Y hay al menos tres principales razones por las cuales la medicina remite necesariamente a la ética.

En primer lugar, porque el poder mismo que conlleva el saber médico es de tal alcance y cualidad que lo responsabiliza de manera extrema; se trata de cuestiones de vida o muerte, de curación o destrucción. Y junto con *la responsabilidad,* son virtudes eminentemente éticas el cuidado, el estado de conciencia y atención, el esfuerzo, la entrega, el empeño incondicional por hacer lo mejor posible, virtudes todas que, en efecto, han de darse unidas a la competencia científica y a la habilidad profesional del médico.

En segundo lugar, la ética remite a la medicina por los significados fundamentalmente éticos que tiene para el hombre *la enfermedad* -y por supuesto *la muerte*-. La enfermedad es "situación límite" y lo es porque en ella se tocan "confines" o "bordes": el de la muerte, el del sufrimiento e incluso el de la propia condición humana. La enfermedad pone al hombre ante su situación corpórea, ante- el hecho de ser *naturaleza:* naturaleza biológica y física; de que su cuerpo esté sometido a las leyes de la vida natural y de la materia misma. Parecería que la enfermedad fuera el gran recordatorio de esta pertenencia del hombre a la corporeidad y, por ello mismo, a la caducidad y a la muerte.

Pero es evidente que si algo caracteriza esencialmente al ser humano es su condición intrínsecamente contradictoria, el hecho de ser naturaleza y no serlo al mismo tiempo, de no escapar a su condición corporal y a la vez no reducirse a mero cuerpo. En todo momento, aún en la muerte, nuestro cuerpo es cuerpo "humano". Lo distintivo de la naturaleza humana es su "segunda naturaleza" (su *ethos),* su naturaleza moral y cultural; su literal sobre-naturaleza que se eleva sobre la naturaleza primera, trascendiéndola, aunque sin romper con ella. El enigma del hombre es esta contradicción interna, esta doble condición suya, "natural" y "espiritual" a la vez, corpórea y

[273] Ibidem
[274] Ibidem

anímica, a veces manifiesta en conflictos desgarradores, a veces rundida en armonía sublime, como ocurre con eminencia en el arte. Y tan cierta como la pertenencia del hombre a dos mundos es su indudable unidad "psico-somática", cada vez más confirmada por la ciencia y en especial por las ciencias médicas y biológicas. El enigma del hombre es la insuperable paradoja de su *dualidad y unidad simultáneas.* Ser continuo y discontinuo al mismo tiempo.

Por ello mismo la enfermedad reclama de manera especial *la respuesta ética del enfermo*, apela al resurgimiento de las fuerzas espirituales, a la fortaleza moral como posible factor de salud, si es el caso. Y de no serlo, si el desenlace es la muerte, la respuesta ética es la única fuente de esperanza para enfrentar *humanamente* el sufrimiento y el destino mortal; *es la posibilidad de morir "vivo", por así decirlo, de no perder el alma ni la condición humana.* Sólo el esfuerzo ético restablece la naturaleza propiamente humana del enfermo o del moribundo, su condición esencial de "persona", suprema meta moral, ciertamente; tan difícil y heroica, como rara de alcanzar, basta, sin embargo, que un solo ser humano trascienda moralmente su situación se sufrimiento y muerte para probar ese radical misterio de la autonomía del alma.[275]

Esto por lo que respecta al enfermo adulto mayor, pero por lo que se refiere al médico, nada lo exime de regirse por el mismo imperativo ético de asumir al enfermo *como persona,* en su plena dignidad e integridad, aun cuando él no lo haga, nada lo justifica para no actuar éticamente ante él. Es aquí donde cobra su plena significación la exigencia de la ética médica.

Y la tercera razón de la necesaria liga entre la ética y la medicina es, en efecto, el significado señaladamente ético de esa relación interhumana singular que es la relación médico-paciente. Es evidente que el paciente se halla ante el médico en situación de profunda vulnerabilidad e impotencia ante su mal; en situación de *"in-fírme", y* la mayoría de las veces, sometido a su propia enfermedad, su edad avanzada, reducido en distinto grado a su condición corpórea. Y es cierto también que al médico, cuando no se trata del psicoterapeuta, le corresponde atender a ese cuerpo, procurar su salud física y actuar con toda competencia científica y técnica. Pero es aquí donde interviene el *ethos* (la actitud ética) del médico. La situación originaria se presta a favorecer una relación médico-paciente tanto de *dominio* y *sometimiento* como de deshumanización y cosificación, que sólo la actitud ética puede superar y que compete particularmente al médico.

El médico está éticamente obligado a ver en el paciente al hombre, con su plena humanidad, su dignidad y su integridad; a ver su "cuerpo" como "cuerpo humano", irreductiblemente humano, aun cuando lo deba tratar en su corporeidad. El médico está éticamente obligado a ver en el adulto mayor a la persona, siempre como *fin* en sí mismo, nunca como *medio.* El *ethos* del médico se cifra en su capacidad de un genuino respeto por el paciente, de comprensión e incluso compasión por él, de un "sentir con" el otro, padecer con él; se cifra en su capacidad de apoyo, generosidad, solidaridad, estímulo a su esperanza, "benevolencia" y "beneficencia"; de una vinculación humanizada, en suma.

El panorama actual es muy distinto, en una sociedad en que todos sus individuos son, mientras no se demuestre lo contrario, agentes morales autónomos, con criterios distintos sobre lo que es bueno y lo que es malo, la relación médica, en tanto que relación interpersonal, puede ser no ya accidentalmente conflictiva, sino esencialmente conflictiva.

Por otro lado, la antigua confianza que distinguía tal relación ha sido sustituida por el temor y la falta de credibilidad. La práctica médica en grandes hospitales y la alta tecnología han deshumanizado la interacción, y no son pocos los casos en que el anterior binomio se ha

---

[275] González V., Juliana. *El poder...* Op. Cit Capítulo III. "El *ethos* ante la muerte".

transformado en una lucha frontal. Es común, oír de grupos que luchan por la protección de los derechos del paciente, pero también por los de los médicos. No obstante este deterioro, es de reconocerse la clara y constante preocupación para que la práctica médica, además de ser una actividad científica, se sostenga en valores éticos y morales.

Tenemos frente a nosotros una nueva práctica médica que debe dejar atrás la tradicional interrelación paternalista y vertical para ser sustituida por una nueva visión, más plural y deliberativa, que permita afrontar adecuadamente las situaciones que diariamente se presentan en los hospitales.

El conflicto sube de grado si se tiene en cuenta que en la relación sanitaria pueden intervenir, además del médico y el paciente, la enfermera, la dirección del hospital, la seguridad social, la familia, el juez, etc. Todos estos agentes o factores de la relación médico-paciente pueden reducirse a tres, el médico, el enfermo y la sociedad. Cada uno de ellos tiene una significación moral específica. El enfermo actúa guiado por el principio de "autonomía"; el médico, por el de "beneficencia", y la sociedad, por el de "justicia". Naturalmente, la familia se rige en relación al enfermo por el principio de beneficencia, y en este sentido actúa moralmente de un modo muy parecido al del médico, en tanto que la dirección del hospital, los gestores del seguro de enfermedad y el propio juez, tendrán que mirar sobre todo por la salvaguarda del principio de justicia. Esto demuestra, por lo demás, que en la relación médico-enfermo están siempre presentes estas tres dimensiones, y que es bueno en el que así sea. Si el médico y la familia se pasaran con armas y bagajes de la beneficencia a la justicia, la relación sanitaria sufriría de modo irremisible, corno sucedería también si el enfermo renunciara a actuar como sujeto moral autónomo. Los tres factores son esenciales. Lo cual no significa que siempre hayan de resultar complementarios entre sí, y por tanto no conflictivos. La realidad es más bien la opuesta. Nunca es posible respetar completamente la autonomía sin que sufra la beneficencia, respetar esta sin que se resienta la justicia, etc. De ahí la necesidad de tener siempre presente los tres principios, ponderando su peso en cada situación concreta. Como diría David Ross, esos tres principios funcionan a modo de deberes primarios, que es preciso ponderar en cada situación concreta. Solo entonces se verá cómo pueden articularse entre sí, dando lugar a deberes concretos o efectivos. Así, por ejemplo, a pesar de que todos consideramos necesario respetar escrupulosamente la autonomía de las personas, creemos que en los casos de guerra justa el Estado puede obligar a los individuos a que den su vida (es decir, su autonomía) a favor de los demás. Aquí se ve bien cómo un deber primario, el de respetar la autonomía de las personas, puede no coincidir con el deber concreto y efectivo, precisamente como consecuencia de la necesidad de respetar otro deber primario, el de la justicia, que en este caso concreto parece ser de rango superior.

La bioética actual ha de hacer lo posible por respetar escrupulosamente y al mismo tiempo la autonomía, la beneficencia y la justicia. Está obligada a hacerlo así, y sin embargo sabe que este objetivo es en la práctica muy difícil, y a veces rigurosamente imposible. Así las cosas, es evidente que la urgencia de los problemas concretos y cotidianos no puede liberamos de la exigencia de rigor sino que, muy al contrario, nos obliga a extremar las precauciones y fundamentar del modo más estricto posible los criterios de decisión. Cuando las cuestiones son tan graves que en ellas se decide la vida de los individuos y las sociedades, como con frecuencia sucede en medicina, entonces es preciso aguzar la racionalidad al máximo y dedicar todo el tiempo necesario a los problemas de fundamentación.

La relación médico-paciente constituye, dentro de las relaciones humanas, una de las "más complejas e intensas". Es una relación entre iguales, pero no una relación horizontal, la que media entre el enfermo y el médico; el que sufre un padecer y el que tiene el poder de curar. Ambos, paciente y médico, dependen mutuamente del saber del otro, de su deseo de sanar y de su

compromiso en el proceso terapéutico. Se trata de una relación humana dinámica y en constante movimiento". (Casa Madrid). En ella concurren la cultura, la ciencia, la tecnología, la religión, la magia, la moral, la ética (Naime Libien). Aquí "se dirimen la salud y la enfermedad, la vida y la muerte" (Ortiz Quesada).

Por otro lado, en este espacio de posibles controversias no figuran solamente -en la actualidad- el médico y el paciente, los dos solitarios personajes de la relación histórica. Hoy día concurren otros sujetos que infunden a la relación el aspecto de un poliedro de múltiples caras, cada una con sus potenciales exigencias complicaciones y soluciones. El triángulo visible se integra con pacientes profesionales e instituciones de salud pero a éstos es posible agregar -o en ellos es factible advertir- otras categorías concurrentes: familiares del paciente, enfermeras, técnicos auxiliares, dirigentes administrativos, todos ellos involucrados en una relación extraordinariamente compleja (Parest Gómez), de cuyo desenlace depende de buena medida, finalmente, la salud del enfermo.

La entronización y la proliferación de derechos ha creado un nuevo sujeto en la vida social, dotado de la facultad de exigir lo que le pertenece, no por generosidad de otra persona o de una instancia superior, sino por disposición de la ley: un mandamiento que relevado la voluntad del soberano uní personal por la voluntad del soberano popular. Es así que el ciudadano asume la conciencia de los derechos que tiene que le han sido explícitamente reconocidos, cada vez más. Otro tanto ocurre en el ámbito que interesa a este trabajo. La "sociedad empieza a hacerse sentir"; el paciente tiende a acumular el poder y a pesar de términos de satisfacción personal a "la interacción conciencia-confianza", que alguna vez definió la relación médico- paciente, se convierte en una de "obligación-recelo" en la que los participantes se vigilan unos a otros" (Lifshitz). En otros términos, "el paciente ha reclamado su voz y expresado sus deseos, ha conquistado y sigue ganando derechos, significando sobre todo la intención humana de declararse responsable de su propia vida y asumir lo que significa tal responsabilidad". (Viesca Treviño).

A todo lo anterior es preciso añadir otros hechos, para comprender la nueva relación médico-paciente y las implicaciones que tiene en la aparición y solución de conflictos que tienden a enrarecer el modelo de consensos que alguna vez prevaleció sin mayor disputa. Entre aquéllos cuenta el distanciamiento humano entre el profesional y el destinatario de su servicio: una nueva "clientela", más institucional que personal, muy abundante -hasta llegar hacer abrumadora-, supera la capacidad del médico para brindar al paciente la atención detallada y concentrada que alguna vez le concedió y que éste demanda. De la distancia proviene la desconfianza, y de ésta, la aparición de conflictos. La medicina institucional que permite llevar servicios de salud a millones de personas que de otra forma no podría obtenerlos carecen del "calor" que pudo tener el tratamiento tradicional

El uso de nuevos medios tecnológicos que se multiplican sin cesar, contribuye también a modificar radicalmente esta delicada relación. Descubrimientos espectaculares, que generan magnificas expectativas para la prolongación y la protección de la vida suscitan igualmente peligros o provocan decisiones -al final de severos dilemas, en los que se ven comprometidos los principios éticos y las normas jurídicas- que traen o pueden traer consigo litigios y conflictos. El horizonte de la investigación puede ser también -y suele ser- un horizonte para las controversias, no solo científicas, como es natural, sino también jurídicas y morales.

Hoy día, el espacio que antes se llenó con algunos consejos y ciertos compromisos éticos aparece poblado con sendos catálogos de derechos y obligaciones. Cada personaje de la relación se atrinchera necesariamente en la codificación de sus derechos y deberes, que han sido materia de declaraciones, y resoluciones internacionales y nacionales. Los hay de carácter general, paramédicos y pacientes y los hay de naturaleza específica para ciertas categorías: derechos de los pacientes menores, de las mujeres de los adultos mayores de los enfermos mentales, de los

discapacitados, de los sujetos a investigación, y así sucesivamente. Los médicos, por su parte se guarecen en sus propios catálogos de derechos. Ya no se limitan éstos, como ocurrió en el tiempo de las profesiones liberales que todavía se refleja en la legislación civil de antiguo cuño, a la posibilidad de cobrar los horarios debidos. Hoy es preciso sembrar el camino de derechos diferentes y sobre todo, de precauciones crecientes. Es natural que así sea: ese camino se haya también sembrado de riesgo que pueden volcar sobre el facultativo gravísimas consecuencias.[276]

El logro de una buena relación médico-enfermo debe constituir un medio beneficioso y necesario para aplicar los conocimientos actuales sobre la mejor forma de poder combatir cada enfermedad, sin detrimento de la libertad y dignidad del enfermo.

A veces no resulta fácil establecer una relación idónea. El secreto tal vez está, como decía Peabody (1930) en "tenerle cariño al paciente", pero sin que se pierdan por eso las características propias de una relación profesional.
Como se recomendaba en el texto anteriormente citado, el médico debe trata a sus enfermos con "una familiaridad noble y atractiva, que a un mismo tiempo infunde respeto y se granjea la confianza". Ambos factores, respeto y confianza, tal vez sean os elementos más imprescindibles para lograr establecer y mantener una adecuada relación médico-enfermo.

El impetuoso avance en el desarrollo científico y tecnológico, en donde la comunicación de personas ubicadas en lugares significativamente distantes en el globo terráqueo se mide por fracciones de segundo, en donde las herramientas tecnológicas ya son tan asequibles para la mayoría de las personas, en donde el conocimiento científico ha llegado a descubrir y explicar fenómenos que hace un par de décadas era inimaginable poder dominar, en donde la aplicación de todos esos avances en la propia persona ha sido polémica y controvertida, en donde la ética de la ciencia y la ética de la tecnología aparecen para hacer frente a esos problemas de este desarrollo, tal vez sea el sello más característico de esta época que estamos viviendo. El hombre en su necesidad de buscar la verdad de las cosas construye las herramientas y las formas para llegar a él, esa búsqueda no tiene límites como no la tiene la capacidad del hombre de explicar y descubrir el mundo que lo rodea. Es precisamente él, el hombre, quien hace ciencia, él plantea los objetivos que desea alcanzar sobre un objeto determinado, asienta las conclusiones y él decide su aplicación en beneficio de su propia existencia y es aquí donde cobra un papel relevante la tecnología, la ciencia aplicada.

Pero una de las controversias más relevantes en la actualidad para filósofos, juristas, teólogos, científicos, etcétera es que parece que la ciencia, por un lado y, la técnica, por el otro, guían la actuación del hombre; los papeles se han invertido, ahora él es quien debe ir al paso de los sucesos científicos, ahora él se adhiere a la veloz carrera del progreso científico y esto nos lleva a una primera reflexión: ¿tendrá el hombre la decisión sobre los objetivos de la ciencia moderna? ¿El hombre decide sobre la aplicación del conocimiento científico generado o se aplica por inercia? Ante esta y otras preocupaciones se han buscado respuestas certeras que permitan poner la ciencia y la tecnología al beneficio auténtico del hombre y surge así la bioética, no como una nueva ética, no con nuevos valores, sino con un nuevo y cambiante objeto de estudio. Esta nueva disciplina tiene cabida en un sin fin de actividades humanas pero en el presente trabajo sólo se ha hecho referencia a su aplicación en el cuidado y atención del adulto mayor.

[276] García Ramírez, Sergio. *La Relación médico paciente: consenso y conflicto.* Revista CONAMED. Vol. 7. Num. 2. abril-junio. 2002.

6.2 La bioética médica contemporánea

El término bioética, que deriva de los vocablos griegos *bios* que significa vida y *ethos* entendida como ética, fue utilizado por primera vez por el oncólogo Van Rensselaer Potter en 1970 en un artículo emblemático titulado "Bioethics the science of survival". Un año más tarde se adoptó en esta denominación en la monografía presentada con el título *"Bioethics: bridge to the future"*, lo cual confirma el nacimiento de una nueva y, para muchos, fascinante disciplina. Se afirma que quien puso exitosamente en circulación esta denominación fue André E. Hellegers en 1971 estructurando académicamente la nueva disciplina para la "Georgetown University" de Washington y ampliando el campo de estudio que le había asignado Potter. Para Reich, famoso editor de la Enciclopedia de Bioética, el legado de Potter es el de haber acuñado el término bioética por primera vez como una nueva disciplina, que combinaba el conocimiento biológico de las ciencias de la vida con el conocimiento de los sistemas de valores humanos. Identificó el problema acuciante que lo llevaba a plantear el nuevo campo de conocimiento: el de la supervivencia humana, que era además de biológica, cultura y humana. Otro legado, el de proveer el sentido restringido a esta nueva disciplina, esto es la bioética entendida como ética médica renovada, sería atribuido a Hellegers.

La bioética se refiere a una disciplina racional aplicada a los procesos vivos, normalmente ella sería la ética de la vida biológica o ética de la biología. El golpe de gracia que consagró este término, con todo su gancho y hechizo actual, tuvo lugar en 1971 cuando se creó el Instituto Kennedy para el estudio de la reproducción humana y "Bioethics", dependiente de la universidad de Georgetown.

Algunos expertos coinciden en que fue el obstetra André E. Hellegers quien determinó el significado práctico que se le ha asignado al mágico y fascinante término, que desde su nacimiento ha desafiado la clásica aplicación de la ética consagrada por la filosofía. Él consideraba que la bioética constituía una única disciplina que combinaba ciencia y ética; que sus componentes científicos eran las ciencias biológicas y sociales, y el momento ético de la disciplina incluía elementos de la teología moral y de ética secular.

Por otra parte, las primeras bases de esta disciplina ya estaban presentes cuando Daniel Callaban y Willard Gaylin en la década de los años 60 participaron en la fundación del "Hastings Center" neoyorquino, donde se prestó especial atención a los problemas éticos que se planteaban con particular dramatismo en el campo de la investigación científica y experimentación biomédica.

Antes de la explosión actual de la investigación y manipulación genética se empezaron a denunciar abusos clamorosos en el campo de la experimentación con seres humanos. Estaba en juego la propia sobrevivencia de la humanidad. Ante el creciente poder manipulador de los científicos sobre la vida del hombre y de la naturaleza en general se puso a discusión la cuestión de fondo sobre si todo lo que es técnicamente posible puede ser éticamente aceptable. De ahí que la bioética se perfiló como la disciplina que tiene como objeto salvaguardar los valores del hombre frente a las intervenciones biomédicas en el sentido más extenso de la palabra. Con el descubrimiento del ADN después de la Segunda Guerra Mundial por Francis Crick y James Watson en la carrera del desciframiento de los genes cuya etapa actualmente más fascinante es el proyecto genoma, el cual eleva a esta disciplina a un rango tan importante para ser considerada la más relevante para las economías en el futuro orden mundial

Existen innumerables definiciones acerca de lo que es la bioética, una muy acertada es la que se refiere a ella como el estudio interdisciplinar del conjunto de condiciones que exige una gestión responsable de la vida humana en el marco de los rápidos y complejos progresos del saber y de las

tecnologías biomédicas; otra, igualmente válida, afirma que es la búsqueda de soluciones a conflictos de valores éticos en el mundo de la intervención biomédica.

Por otra parte, los temas de la bioética son la vida y la muerte el progreso técnico y la tecnología para la salud. Sin embargo, las relaciones que ésta temática tiene no solo con el ejercicio de las profesiones de salud sino con casi todos los ámbitos de la vida social, hace que su influencia trascienda sus límites y en el terreno de la medicina, por ejemplo, haya generado modificaciones en la ética clínica, la investigación y la docencia. En suma, que con la influencia de la bioética la ética médica se ha renovado.

Para Pellegrino,[277] director del Centro de Bioética Clínica de la Universidad Georgetown en Washington, la ética médica ha sufrido una profunda transformación en los últimos 30 años en respuesta desde luego, a las nuevas condiciones políticas económicas sociales y jurídicas, pero sobre todo, como consecuencia de haber sometido el cuerpo completo de la ética médica a la disposición filosófica, al cuestionamiento e investigación. Influencia de la bioética en la práctica clínica.

6.3 Los principios fundamentales de la bioética

Las reflexiones sobre la práctica clínica suscitadas por el movimiento de la bioética tienen que ver con toda la ética médica pero, sobre todo, con el nacimiento y la muerte, las relaciones entre el médico y en paciente y el vínculo de la práctica médica con la tecnología se han revitalizado cuatro principios de la bioética a partir de la propuesta de Beauchamp y Childress:[278] autonomía, beneficencia no maleficencia y justicia.

El principio de autonomía significa un giro de 180 grados en las consideraciones sobre la relación médico-paciente, comparado con lo que ocurría en un pasado no muy lejano, que estuvo dominado por el principio de beneficencia en la forma de una de sus expresiones más comunes, el paternalismo. El modelo tradicional (hipocrático) en las interacciones entre el médico y el paciente, que ha prevalecido por más de 2,000 años concede el médico un autoridad casi absoluta, de tal manera que se constituye una relación totalmente asimétrica en la que el paciente sólo obedece, ya que se le escatima el reconocimiento a su capacidad de decisión, dado que carece de información técnica sobre la medicina. Como se considera que el paciente es incapaz, el médico tiene que tomar todas las decisiones, por supuesto a favor del paciente. En la práctica, el paternalismo puede adoptar una modalidad autoritaria o benevolente pero, en ambos casos, excluye al paciente de las decisiones. El principio de autonomía, por su parte señala que el paciente tiene el derecho de participar en las decisiones médicas que le conciernen e, incluso, negarse a seguir las prescripciones del médico si no le parecen convenientes. Por supuesto que hay requisitos para ejercer directamente este derecho, como son el que el paciente esté perfectamente informado y que sea competente, es decir, que sea capaz de entender esta información y tomar decisiones por sí mismo. Afiliarse a este principio acarrea nuevas responsabilidades a los médicos, como el diagnóstico del grado de competencia que tiene el paciente (no siempre sencillo) y la necesidad de informarle de forma amplia y con lenguaje comprensible para él. La autonomía significa libertad para elegir de manera razonada y con base en el reconocimiento del valor moral. Este principio ha derivado en una de las principales aportaciones de la bioética en consentimiento informado o consentimiento bajo información que lejos de ser un mecanismo para proteger a los médicos de ulteriores demandas y reclamaciones, es más bien uno para resguardar a los pacientes de eventuales abusos por parte de

---

277 Lifshitz G, Alberto. *La Revolución de la Bioética su influencia sobre la ética médica* pp 307-312. y Pellegrino. E. *The metamorphosis of medical ethics. A 30-year restrospective* pp 1158-1162.

278 Ibid. y Beauchamp, T. L. y Childress, *Principles of biomedical ethics*

los médicos o del sistema de salud. Ante los pacientes incompetentes, este principio legitima a los decisores subrogados si se sustentan en los principios y valores del paciente -y no en los del decisor-, y el testamento vital o directrices anticipadas, que son las instrucciones de un paciente incompetente expresadas cuando aún era competente, aunque el documento en el que se señalan -o los deseos expresados verbalmente- tenga o no valor legal.

La sociedad se percibe ambivalente en relación con el principio de autonomía, pues hay muchos pacientes que no quieren ejercer su derecho de decisión y prefieren confiarse a ciegas a su médico, en tanto que otros pelean -incluso de forma violenta- por defender su derecho a decidir. Los médicos tampoco parecen unificados en su manera de actuar y muchos no toman en cuenta la opinión de los pacientes e imponen sus decisiones.
Mucho se pondera la "adherencia terapéutica" como una cualidad de los buenos pacientes cuando siguen a cabalidad las instrucciones del médico.

El principio de beneficencia por su parte, es el que ha orientado durante siglos las acciones del médico al buscar la máxima ayuda posible para el paciente. No deja de percibirse una contraposición entre el principio de beneficencia y el de autonomía pues el primero orienta a que el médico busque siempre el beneficio del paciente, si se quiere, aun en contra de los deseos de éste. La transfusión sanguínea en los testigos de Jehová, la imposición de decisiones quirúrgicas y los estudios y tratamientos realizados sin antes consultar al enfermo son ejemplos de cómo los médicos colocan el principio de beneficencia por encima del de autonomía.

El principio de no maleficencia es la formalización del p*rimum non noscere* hipocrático y significa no exponer al paciente a peligros innecesarios y balancear riesgos y beneficios cualquier decisión médica implica un efecto bueno y uno malo. Una intervención quirúrgica significa resolver un daño pero también, genera otro; una inyección favorece la llegada del medicamento al sitio en el que se requiere que actúe pero, de igual forma entraña dolor y riesgo de infección o de hemorragia cualquier medicamento tiene la potencialidad de generar efectos adversos. Las condiciones para manejar esta dualidad de consecuencias se expresan en el llamado "principio del acto con doble efecto" que enuncia que el acto propuesto debe ser en sí mismo bueno, que la intención del actuante pretenda solo el efecto bueno, que el efecto bueno derive del acto propuesto y no del efecto malo y que exista una proporción razonable entre el efecto bueno y la cantidad de riesgo contraído.

El principio de justicia se vincula con la equidad, con la posibilidad de ofrecer oportunidades iguales pero, también tiene que ver con la necesidad de racionar los recursos y los servicios. Si se parte del reconocimiento de que las necesidades son siempre mayores que los recursos y que incluso el tiempo de los médicos es un bien escaso que tiene que racionarse los criterios de razonamiento pueden tener que ver con la capacidad de pago del paciente, su utilidad social, la prioridad en la demanda y la pertenencia a un cierto grupo; pero, para los médicos el mejor criterio es el que se basa en la necesidad de cada paciente. Esto plantea una responsabilidad adicional para los profesionales de la medicina en tanto que tienen que identificar las verdaderas necesidades de los pacientes que no siempre son expresadas en la demanda, y considerar las expectativas en razón de acotarlas si son excesivas o de satisfacerlas si son razonables estos principios.

Han tenido una influencia indudable en la práctica médica contemporánea, si bien no han dejado de provocar confusiones. También se identifican contradicciones sobre todo entre paternalismo y autonomía entre los derechos del paciente y los del médico y en cuanto los criterios de razonamiento. Varias asociaciones médicas han hecho suyos estos principios y han sustentado en ellos el estatuto del nuevo profesionalismo que señala como sus principios fundamentales la primada del bienestar del paciente, el respeto a su autonomía y la promoción de la justicia social en los sistemas de salud y, como responsabilidades profesionales, las de mantener su competencia,

comportarse con honestidad, respetar la confidencialidad, tener buena relaciones con los pacientes, mejorar continuamente la calidad de la atención y el acceso a los servicios, contribuir a lo justa distribución de los recursos finitos, conservar el compromiso con el conocimiento científico, con la transparencia en el manejo de los conflictos de interés y con el cumplimiento de todas las responsabilidades profesionales. Este estatuto puede convertirse en el nuevo juramento hipocrático.

La era informática se identifica con la globalización del conocimiento científico y la rápida diseminación de los descubrimientos pero, también por una sociedad más participativa exigente y consciente de sus derechos. En términos de la enfermedad la vida y la muerte el pensamiento contemporáneo tiende a liberarse de prejuicios que impiden el análisis objetivo de los problemas y la búsqueda de soluciones armónicas con el nivel de desarrollo. Las aportaciones de la bioética se centran en" la oportunidad de reflexionar libremente, sin las restricciones de la tradición o el dogma, ofrecer, alternativas prácticas para la vida social y reconsiderar las responsabilidades de cada uno. La ética médica se ha visto revitalizada a partir de las consideraciones bioéticas y se va definiendo mejor el papel del médico el paciente y la sociedad a favor de los valores más preciados por las profesiones de salud.

La intervención de la ética de las virtudes en la ética profesional no es indudablemente un elemento nuevo. La ética de las virtudes tiene una larga tradición en la ética profesional.

Es la profesión médica, en cuanto a actividad específica "práctica", la que en particular resulta apta para la aplicación de la ética de las virtudes.

El ejercicio de la medicina en que se hace patente su orientación humanística es el de la valoración ética de lo que dice, calla, hace o no hace el médico ante su paciente.

La ética se ocupa de aquello que le permite al hombre en su calidad de persona alcanzar el fin que le es propio, el cual consiste en el despliegue del espíritu y, en los actos que esto implica, que le conduzca a la felicidad, la que es más bien un estado psíquico afectivo, que material; al hablar de la ética de la práctica médica debemos empezar señalando cuál es el fin del médico que se dedica a atender pacientes. Dicho fin es procurar, por los medios que proporcionan la ciencia y las tecnologías médicas, curar, aliviar o controlar los problemas de salud de sus pacientes. Partiendo de esta base, todo lo que conduzca a ese fin será éticamente bueno. Pero eso requiere de algunas explicaciones.

¿Qué características debe tener y poner en juego el médico para que sea un doctor éticamente bueno? Tal vez la mejor respuesta a esta pregunta la haya dado Aristóteles en su Ética Nicomaquea.

El afirma que el hombre posee "una serie de virtudes" que se han divido en teóricas y prácticas. Las primeras pertenecen a la pura actividad del pensamiento, son las virtudes intelectuales o especulativas. Estas son: la inteligencia, la ciencia y la sabiduría. El otro tipo de virtudes pertenece a las acciones del hombre, a su actuar en el mundo, y son: la prudencia, la discreción, el buen consejo y el arte. Por este último término se traduce la palabra griega *tekve,* que más bien quiere decir saber hacer algo, saber por qué, cómo y para qué se hace.[279] No es necesario decir que para el médico actúe éticamente ante sus pacientes necesita poseer y poner en práctica estas virtudes.[280]

Ciertamente, el médico debe poseer inteligencia, aquí entendida como la facultad de conocer, debe poseer también, como resultado de dicha facultad, pero requiriendo de un trabajo ceno y

[279] Lain Entralgo, Pedro. *La medicina hipocrática*

[280] Aristóteles. *Ética Nicomaquea*

prolongado, el conocimiento de las ciencias y técnicas biomédicas. Además, el médico requiere de sabiduría para discernir ante cada paciente lo que corresponde a su enfermedad o a su padecer, lo que debe decir o callar, lo que debe hacer o no hacer.

No puede haber sabiduría médica si se desconocen las ciencias y las técnicas biomédicas, si se ignora hasta dónde éstas pueden ser útiles para resolver el problema de salud al que se aplica, si se desconocen o menosprecian sus efectos negativos.

La sabiduría se expresa en la prudencia, práctica que nos permite discernir qué acciones son buenas y cuáles son malas, permitiéndonos inclinamos por las primeras. En el ejercicio de la medicina, la prudencia nos permite discernir lo que es mejor para el paciente, aquello que le causa los menores trastornos y actuar en consecuencia.

La discreción entendida como tacto para obrar y hablar es otra virtud que el médico debe utilizar ante sus pacientes, sobre todo cuando se les informa sobre diagnósticos y pronósticos sombríos, o bien, respecto a medidas que trastornan importantemente sus obligaciones o sus hábitos de vida.

El buen consejo es aquél que el médico da al paciente fundamentándose en las ciencias biomédicas y echando mano de su sabiduría, prudencia y discreción. El consejo va encaminado a la solución del problema de salud que está viviendo el paciente.

El arte o *tekeve* es nada menos que la virtud que el médico pone en juego ante cada uno de sus pacientes; es, como se dijo, un hacer cosas sabiendo no solamente cómo se hacen sino también por qué y para qué se hacen.

Por otra parte, hay que advertir que el fin de la práctica médica humanista es ayudar al paciente en la curación, el alivio o control de sus problemas de salud; pero se trata de ayudar al enfermo en su calidad de persona y no simplemente de cuerpo humano. Esto implica que las acciones del médico estén orientadas éticamente por el respeto a la dignidad de la persona.

El "curar" y el "cuidar" es la actividad específica del médico; si él cura y cuida, es "bueno" (un profesionista virtuoso) en cuanto que su actuar hace realidad el fin específico intrínseco a la acción. Las virtudes son, pues, esos rasgos del carácter de las personas que las hacen "buenas", que ayudan a hacer realidad el fin de la acción, que lo disponen a actuar bien.

En el debate bioética contemporáneo estadounidense, la recuperación de la teoría de las virtudes está vinculada por un lado, por el influjo del pensamiento moral, y por el otro, con el movimiento de reacción a los principios. Y son cada vez, más numerosas las publicaciones en la literatura bioética que consideran la teoría de las virtudes idóneas para la aplicación en el ámbito de la biomedicina.

Pellegrino es indudablemente uno de los autores más significativos en Estados Unidos de la orientación que se inserta en la tradición clásico-medieval Este autor considera que el concepto de virtud es un elemento esencial e ineludible en la vida moral en cuanto que la eficacia y la actuación de los principios depende de la disposición del carácter de quien actúa. Sin personas virtuosas, el sistema de ética general no puede tener éxito. Y tanto más en la profesión médica, en cuanto que la vulnerabilidad y la dependencia de la persona enferma respecto del médico hacen que éste deba confiar no tanto en sus derechos cuanto en el tipo de persona que el médico "es".'

Pellegrino considera que la determinación de las virtudes del médico *(virtuos physiciarí)* está estrechamente vinculada con la determinación del bien del paciente *(patient 's good)* que constituye

el fin prioritario del acto médico, el médico virtuoso es, por tanto, aquel que está "habitualmente dispuesto" a actuar en pro del bien del paciente cuando por bien se entiende: a) el bien clínico y biomédico; b) el bien percibido por el paciente; c) el bien del paciente como persona humana capaz de opciones racionales; d) el bien en sentido objetivo. Tales "disposiciones habituales", son la benevolencia, la fidelidad a la confianza, la compasión, la empatía, la honestidad intelectual, la competencia, la prudencia. La elección misma de la profesión del médico "una promesa pública" de actuar en pro del bien del paciente: es una especie de "empresa moral" que implica la superación del egoísmo en el servicio altruista en los demás.

La atención se centra, en el bien del paciente (beneficencia o virtud de la benevolencia) más que en la autonomía y en los derechos del paciente a la autodeterminación en la relación médico-paciente, por tanto, la bioética de las virtudes enfatiza el bien del paciente, más que la autonomía del paciente y la utilidad social que busca, en cambio, la bioética angloamericana de los principios, como se decía, respectivamente, de orientación deontológica y utilitarista. La "beneficencia" es, puesta a disposición del carácter que constituye el fundamento ético del cual dependen las virtudes y principios de la ética profesional. Sobre esa base ética, Pellegrino propone la prioridad de la consideración del bien respecto del interés personal del médico, así como la responsabilidad y el deber de garantizar la ayuda cuando el paciente está en peligro, y la importancia en el plano educativo de la formación del carácter del médico.

En este sentido opuesto, aplica la teoría de las virtudes a la bioética T.H. Engelhardt según este autor, es virtuoso aquel que respeta la autonomía de los demás y su intento de alcanzar el bien; la tolerancia es la virtud cardinal en una sociedad secularizada dominada por el pluralismo.

Teniendo cada individuo una visión diferente de la "buena vida", cada uno debe desarrollar una disposición a tolerar y "simpatizar" con el otro.

6.4 La bioética médica en la atención del adulto mayor

6.4.1 Formación profesional

En virtud de los progresos de la medicina, del control de la natalidad y de la aplicación de políticas sanitarias, ha existido una marcada alteración de la estructura demográfica, caracterizada por un aumento de la duración de la vida y una disminución de los nacimientos. La consecuencia de tal fenómeno es el incremento progresivo de la población proyecta, mejor conocida como "de la tercera edad". Bien se ha dicho que la tercera edad se está convirtiendo en la más larga de las edades de la vida.

Se considera que "anciano" es el individuo que tiene más de 60 años, calculándose que esta población,- que era de 380 millones en 1980, llegará a 1.200 millones en el 2025. En Estados Unidos de Norteamérica, el 80% de todos los recursos destinados a salud se invierten en los últimos 15 años de vida. Las enfermedades más frecuentes que se observan en dicha etapa son la depresión, las cardiopatías, los tumores, las broncopatías crónicas, las enfermedades cerebrovasculares, como también la suma de varias de ellas. Tales patologías están muy de acuerdo con los procesos naturales que se presentan en el organismo humano con el paso del tiempo. No obstante, su ocurrencia causa impacto emocional quienes las padecen y entre quienes responden por éstos. Ese impacto se ve acrecentado por las condiciones sociales que suelen rodear el transcurrir del anciano y que obliga a reflexionar seriamente con criterio moral. La falta de seguridad social, la miseria, el abandono familiar, la incomprensión, suelen ser los habituales acompañantes de los ancianos en casi todos los países del mundo Aún más, el personal salud que es en últimas el que tiene que cuidar de ellos, no siempre está preparado para cumplir inteligentemente su labor. Quiero decir que las

escuelas o facultades de salud no educan adecuadamente a sus alumnos para que aprendan a darles un trato digno, humanitario.

El desarrollo de una atención integral para estas personas exige, tanto de los médicos generales como de todo el equipo de salud (enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, etc.) de competencias específicas que actualmente son deficientes en una gran mayoría de profesionales de la salud que trabajan con personas de edad avanzada De manera general no han evidencia de que la formación actual de profesionistas esté dando respuestas a éstas exigencias. Lo anterior fue constatado a través de un estudio europeo que fue discutido en el seminario denominado: "El lugar de la geriatría y la gerontología en la formación y el ejercicio de los médicos en Europa", realizado en 1995, en París.

Desde 1950 la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha pronunciado por la introducción de la enseñanza de los problemas del envejecimiento en los planes de estudio en la formación de médicos y enfermeras. En la actualidad, la OMS sitúa a la geriatría entre las cuatro especialidades con más potencial de desarrollo en los próximos años. Así mismo, ha expresado claramente cuál ha de ser el rol de las universidades en relación a la geriatría. En los últimos decenios ha habido pocos intentos serios de coordinar los servicios asistenciales para los ancianos. Se ha logrado introducir algo más: la geriatría en los planes de estudio de medicina en algunos países, pero nada indica que la actitud de los estudiantes o de la profesión médica en general hayan cambiado. Sin embargo, es imprescindible y urgente inculcar a los alumnos el ideal de servicio a la comunidad, de la que también forman parte los ancianos, a fin de prepararlos para enfrentar los difíciles problemas de la medicina actual. Los problemas que la asistencia a los ancianos plantea van en aumento, y cada adelanto importante en los tratamientos médicos contribuye indirectamente a incrementarlos. Por ello, una de las tareas más urgentes en la actualidad es la de fomentar estudios que determinen los medios más eficaces para aplicar los conocimientos existentes y de evaluar las distintas modalidades de asistencia posible hacia los ancianos. De ese modo, se conseguiría el máximo aprovechamiento de los recursos disponibles en los países poco desarrollados. Además, sin la participación activa de las escuelas de medicina y las universidades, cuántos esfuerzos se hagan por crear servicios en favor de los ancianos están condenados al fracaso, ya que será imposible contratar personal lo bastante competente para, asumir las difíciles tareas que se avecinan para atender a la población en situación de minusvalía o de dependencia.

Por otro lado, también es importante considerar cómo el desarrollo de la ciencia y los avances tecnológicos han favorecido análisis fragmentado del individuo lo que ha traído como consecuencia, la deshumanización de medicina y la falta de una visión integral del paciente.

En la Facultad de Medicina de la UNAM, como respuesta a esta visión unilateral científico-biologista, han surgido varias opciones que han buscado la recuperación de la parte "humanista" de la medicina, la concepción de la salud como un fenómeno integral biopsicosocial. Ejemplo de ello, fueron la creación del programa de medicina general integral A-36, el surgimiento de la especialidad de medicina familiar, así como la adopción, y recientemente la reestructuración de áreas humanísticas, sociales y psicológicas dentro de la formación del médico general a través de asignaturas en el campo de la salud pública, historia y filosofía de la medicina y psicología médica.

Sin embargo, las características de los médicos egresados de la carrera de medicina distan mucho todavía del perfil profesional deseado. Si el alumno tiene dificultad al término de sus estudios para integrar adecuadamente los diagnósticos médicos, lo que es posible detectar en el examen profesional práctico, mucho más dificultad tiene aún para poder considerar a su paciente como un ser complejo que responde integralmente como una unidad mente-cuerpo a factores de cualquier índole ya sea ambientales, genéticos, psicoafectivos, espirituales o existenciales, familiares o

sociales. La falta de esta visión holística, en donde los valores materialistas tienen la mayor preponderancia, ha propiciado la pérdida del sentido humanístico de manera especial cuando hay que enfrentarse a los problemas de la salud de la última etapa de la vida.

En este sentido, cuando la medicina se confronta al reto de la atención de los adultos mayores, las deficiencias anteriores se hacen más evidentes. El objetivo basado en el paradigma de conservar la vida y mantener la salud no es tan evidente, ya que el paciente geriátrico se caracteriza por la presentación de varios procesos mórbidos a la vez y por su cercanía con la muerte. La atención médica-geriátrica requiere, por tanto, de una nueva visión que permita al profesional considerar al paciente desde una visión más integradora, que ponga énfasis en las interacciones del individuo con su ambiente interno y externo. Para lograr lo anterior resulta fundamental el abordaje multi e interdisciplinario del enfermo, lo que finalmente repercutirá en la calidad de la atención brindada y la calidad de vida del paciente en su entorno.

Por otro lado, la ignorancia social prevalente acerca de los adultos mayores y el envejecimiento ha repercutido en prejuicios y actitudes desfavorables que dificultan más el interés de los estudiantes de medicina hacia la geriatría y la gerontología. Estos sentimientos irracionales han dado lugar a la ideología, conocida como viejísimo, ampliamente extendida en toda la población, pero especialmente peligrosa para los profesionales que tienen a su cargo la responsabilidad de la salud de los adultos mayores.

Cabe destacar que el desarrollo de la geriatría y la gerontología en nuestro país es reciente. La educación geriátrica se ha concentrado más en la formación de especialistas y poco se ha hecho en cuando a la formación del médico general. Esta preocupación compartida por médicos geriatras ubicados, en diferentes estados del país y convocados a una primera reunión en 1998 bajo el apoyo de la OPS y la coordinación del Dr. Gutiérrez Robledo, trascendió en el reconocimiento de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), al aceptar la recomendación de incorporar la cátedra de geriatría en el currículo médico.

Al respecto, es importante subrayar la trayectoria de la máxima casa de estudios del país, a través de la Facultad de Medicina, como pionera en la formación geriátrica de pregrado. Con la reestructuración del plan de estudios de la carrera de medicina, en 1985, se inició la formación geriátrica a través de la incorporación de la "clínica del viejo", ubicada como parte de la asignatura de medicina general II, en el último año de la carrera. Posteriormente, con la evaluación del currículo médico en 1992, la enseñanza de la geriatría ante el riesgo de quedar eliminada del pregrado, adquirió una nueva modalidad al aprobarse la creación de la unidad: Salud del anciano, con cuarenta horas de duración, como parte de la asignatura: Salud Pública IV. La nueva propuesta fue resultado de un grupo de geriatras y gerontólogos quienes se dieron a la tarea de diseñar un programa acorde a las necesidades de formación del médico general en esta área de la medicina.

Para la planificación educativa de esta nueva unidad, uno de los principales retos a enfrentar fue la necesidad de cambiar la mentalidad de que la medicina geriátrica no es lo mismo que "medicina interna aplicada a los viejos". El nuevo programa se conformó con una base gerontológica desde la perspectiva de la salud pública y una parte clínica, con la inclusión de temas geriátricos relacionados con los principales síndromes geriátricos en sustitución de varios de los temas del programa anterior que de alguna manera se revisaban en otras asignaturas clínicas.

Uno de los problemas para el desarrollo del programa fue la escasez de docentes con formación geriátrica. Muchos de los anteriores profesores que impartían la clínica del viejo, eran internistas, con una perspectiva más hacia la medicina clínica-fragmentada-carente de la visión holística e integradora de la geriatría. Para compensar esta dificultad y ante la insuficiencia de docentes con la

formación requerida para atender a una generación de 800 estudiantes, previo al curso, se desarrolló un programa de capacitación y actualización de profesores.

La vejez, por sí misma, no es una enfermedad. Hay ancianos que gozan de cabal salud. Claro que lo común es que se acompañe de alguna enfermedad, como quedó establecido atrás, sin que por ello deba generalizarse el concepto de que los ancianos son unos discapacitados, es decir, que tienen disminución temporal o permanente de la capacidad funcional, biológica, psicológica o social, que les impida desempeñar sus actividades cotidianas en forma útil e independiente .

Lo evidente es que los ancianos, igual que los niños, constituyen un grupo vulnerable que obliga a que se les dé un trato preferencial. ¿Supone esto que también se les dé un trato paternalista, tratándose de su salud? El escritor Gabriel García Márquez nos ayuda a dar respuesta a este interrogante. Para ello me sirvo de algunas páginas de su hermoso canto al amor entre proyectos titulado, "El amor en los tiempos del cólera".

Refiriéndose al doctor Juvenal Urbino, describe así un pasaje de su vida diaria:
Ya para entonces se bastaba muy mal de sí mismo, y un resbalón en el baño que pudo ser fatal lo puso en guardia contra la ducha. La casa, con ser de las modernas, carecía de la bañera de peltre con patas de león que era de uso ordinario en las mansiones de la ciudad antigua. Él la había hecho quitar con un argumento higiénico: la bañera era una de las tantas porquerías de los europeos, que sólo se bañaban el último viernes de cada mes, y lo hacían además dentro del caldo ensuciado por la misma suciedad que pretendían quitarse del cuerpo. De modo que mandaron a hacer una batea grande sobre medidas, de guayacán macizo, donde Fermina Daza bañaba al esposo con el mismo ritual de los hijos recién nacidos. El baño se prolongaba más de una hora, con aguas terciadas en las que habían hervido hojas de malva y cascaras de naranjas, y tenía para él un efecto tan sedante que a veces se quedaba dormido dentro de la infusión perfumada. Después de bañarlo, Fermina Daza lo ayudaba a vestirse, le echaba polvos de talco entre las piernas, le untaba manteca de cacao en las escaldaduras, le ponía los calzoncillos con tanto amor como si fueran un pañal, y seguía vistiéndolo pieza por pieza, desde las medias hasta el nudo de la corbata con el prendedor de topacio. Los amaneceres conyugales se apaciguaron, porque él volvió a asumir la niñez que le habían quitado sus hijos. Ella, por su parte, terminó en consonancia con el horario familiar, porque también para ella pasaban los años: dormía cada vez menos, y antes de cumplir los setenta despertaba primero que el esposo.

6.4.2 La atención de los adultos mayores

El proceso de envejecimiento que lleva consigo la transición demográfica, fenómeno resultante de la baja sostenida de la fecundidad y del aumento de las expectativas de vida, así como la necesidad de tener en cuenta sus posibles efectos, son fenómenos cada vez más reconocidos, tanto en el ámbito internacional como en los propios países. El principal desafío de la transformación radical, paulatina pero inexorable, de la estructura por edad de la población que están teniendo en América Latina es crear las condiciones para una readecuación oportuna de la sociedad y de sus instituciones, a esta nueva realidad demográfica que tenga como meta una buena calidad de vida en la vejez, y en consecuencia, haga posible que las personas al llegar a esta etapa de la vida puedan vivirla con dignidad, seguridad y en las mejores condiciones de salud y de bienestar. El reto está en cómo lograr que el aumento significativo de la longevidad y la creciente capacidad de las sociedades modernas de tener los hijos que desean se convierta en un aliciente para crear sociedades más justas con las diferentes generaciones que lo componen.

El envejecimiento demográfico es un fenómeno generalizado en los países de la región de América Latina y el Caribe y se expresa en un incremento sostenido y generalizado en la proporción y en el

número absoluto de personas de 60 años y más. Más aún, basado en las experiencias que ya viven los países más desarrollados, las expectativas apuntan a que este aumento continuará en los próximos decenios porque el descenso de la fecundidad es irreversible y el aumento de la longevidad continuará

El rápido incremento de la población se expresa por tasas de crecimiento elevadas, mayores que aquellas de la población más joven. De hecho en los periodos del 2000-2025 y 2025-2050,[281] respectivamente, la población de personas mayores crecerá entre 3 y 5 veces más rápido que la población total, el aumento de la longevidad, expresado por un incremento notable de la esperanza de vida al nacer, continuará al aumento de peso de la población más vieja entre los adultos mayores en este grupo.

Dado el carácter inexorable y generalizado del proceso de cambio demográfico, todos los países deberán enfrentarse al hecho de que sus sociedades estén envejeciendo y que deben prepararse mejor para ello. La situación de origen, en términos económicos, social, institucional y demográfica, no es la misma, y en consecuencia, las soluciones podrían variar. Sin embargo, los retos están presentes en mayor o menor medida en todos los países, aunque las soluciones son más urgentes, más complejas o de más difícil implementación en unos países que en otros.

En América Latina y el Caribe, así como en otras regiones subdesarrolladas, este desafío se complejiza porque los países tendrán que crear instituciones, promulgar leyes, diseñar e implementar políticas y programas y desarrollar acciones en un periodo de tiempo menor que en el que dispusieron los países hoy desarrollados, dispondrán de estructuras de apoyo familiar disminuidas cuantitativamente y sobre exigencias por un mercado competitivo y tendrán que enfrentar además un bajo nivel de desarrollo económico. Aunque podrán basarse en las experiencias ya acumuladas de los países desarrollados, no podrán calcar esta experiencia a sus realidades y, por tanto, tendrán que desarrollar vías propias aprendiendo unos de otros en este proceso.

¿Cómo garantizar la seguridad económica actual de las personas mayores y de las generaciones futuras con sistemas de seguridad social de baja cobertura y en un contexto marcado por altos y consistentes niveles de pobreza y mercados de trabajo segmentados en informatizados?

En más de la mitad de los países latinoamericanos, la cobertura de la seguridad social en las personas de 65 años y más, no alcanza ni siquiera una quinta parte de esta población. La situación es aún más dramática en áreas rurales, con la excepción de Brasil. Esta situación actual es el reflejo del diseño de los sistemas 3 ó 4 décadas antes; pero como veremos más adelante, las perspectivas futuras no parecen ser distintas o incluso podrían empeorar.

La bioética está en presencia de desafíos que requieren ser tratados con urgencia. Pero aún, en el mejor de los escenarios, es difícil imaginar que habrá una mejoría rápida de las condiciones de seguridad económica para las personas mayores que deberán seguir contando con apoyos familiares o con los recursos propios acumulados a lo largo de su vida. Al menos es positivo constatar que las personas mayores en la actualidad no parecen estar afectados por la pobreza en mayor medida que la población en general.

¿Cómo garantizar el acceso a la salud integral y de calidad de una población adulta mayor que no sólo crece en tamaño, sino también, que se hace cada vez más envejecida, y que en consecuencia,

[281] Los datos presentados se basan en proyecciones que, por su propio carácter, tienen un cierto nivel de incertidumbre. Con todo, sugieren grandes tendencias demográficas que difícilmente se modificarán, porque las personas mayores de los próximos 60 años ya nacieron (CEPAL, 2003).

tiene mayores requerimientos para la atención de enfermedades crónicas, con sistemas de salud que no fueron diseñados para tratar con la nueva estructura demográfica que está surgiendo?

En América Latina, se han logrado avances sustanciales en la disminución de la mortalidad reflejados en un aumento de los promedios de vida. Pero sabemos menos acerca de las condiciones en que se da esta sobrevivencia en término de discapacidades y sobre la calidad de vida en la vejez que se producen en condiciones de aumento de la incidencia de las enfermedades crónicas como en otras áreas, se mantienen fuertes desigualdades en el acceso a servicios de calidad adecuados a la población adulta mayor y, en la mayoría de los casos, no existe una visión de la salud en la vejez adecuada y la atención de salud carece de un enfoque integral.

Para enfrentar este desafío debe considerarse la necesidad de redefinir el rol y las características de la acción de salud en la vejez, tomando en consideración requerimientos que son claves en este proceso. El primero guarda relación con la necesidad de cambiar la concepción fatalista de la vejez como una etapa de la vida en que es normal estar enfermo, por una visión que considere la vejez como una etapa que requiere, como las demás, un tratamiento particular, una etapa en la cual los efectos negativos del envejecimiento biológico pueden ser minimizados por acciones preventivas, incorporando el nuevo paradigma de salud en la vejez centrado en la necesidad de mantener al máximo la funcionalidad postergando la discapacidad.

El segundo requerimiento se relaciona con los sistemas de salud y la necesidad de una reingeniería de los mismos, tanto en términos de infraestructura, como de procesos y de personal. Éste último es el componente fundamental; demanda pensar en una formación en geriatría y gerontología, porque en la mayoría de los países de América Latina no existe el personal calificado para una atención integral de las personas mayores. De ahí que sea preciso enfrentar el reto de desarrollar estratégicas de amplia cobertura, sostenidas en el tiempo, de formación de recursos humanos en todos los niveles de atención, en un contexto en que aún las necesidades descritas no están, social ni políticamente, suficientemente internalizadas. También se requiere de cambios en el enfoque de la atención, dando relevancia a las acciones de prevención y de promoción de la salud, no sólo en la vejez, sino también en todas las otras etapas del ciclo vital.

Finalmente, queda como uno de los temas pendientes, la preocupación por el cuidado de largo plazo asociado al aumento que se observa en términos de enfermedades crónicas y discapacidades dado el aumento esperado de las personas más viejas entre las personas mayores. Tradicionalmente, ese rol lo está cumpliendo la familia, y lo más aconsejable es que la familia siga teniendo un rol clave, pero sin que el costo financiero, físico, y en salud mental, recaiga exclusivamente sobre unos pocos miembros de la familia, y especialmente, sobre las mujeres; y existan apoyos del Estado para el desempeño de esta función. La institucionalización del cuidado a largo plazo debería ser la opción minoritaria y caracterizarse por una atención que respete los derechos de las personas mayores, lo que requiere que estas instituciones sean debidamente reguladas y estrictamente fiscalizadas para evitar el maltrato y abuso contra las personas que usan estos servicios.

¿Cómo garantizar espacios físicos (viviendas y usos del espacio e infraestructura) adaptados a las necesidades de las personas mayores y espacios socio-culturales potenciadores de su desarrollo y respetuosos con sus derechos y necesidades?
Las limitaciones del entorno físico no son las únicas y, en muchos casos tampoco, las más importantes. La violación de los derechos, el maltrato y abuso de distinto tipo, tanto en el interior de las familias como en las instituciones, y particularmente, desde las instituciones de larga estadía, el espacio reconocido del rol social y económico que juegan las personas mayores, la no aceptación de su condición de cuidados con plenos derechos y deberes, son todas las formas derivadas de espacios sociales que no favorecen el sentimiento de sentirse útil, de sentirse ciudadanos, que son elementos

fundamentales del bienestar de todos los seres humanos. Los desafíos son múltiples y llaman a la necesidad de hacer inversiones sostenidas en la promoción de una imagen positiva y respetuosa de todas las etapas de la vida y, especialmente, de la vejez; al fortalecimiento de la participación articulada e integración de las personas mayores en las diferentes esferas de decisión a nivel nacional y a la promulgación y aplicación de leyes específicas que velen por el bienestar físico y mental de los adultos mayores.

¿Cómo generar leyes, políticas, planes y acciones dirigidas a mejorar las condiciones de calidad de vida de la vejez, en las generaciones actuales y futuras?

La implementación de acciones a corto plazo que atienden las urgencias no debe hacer olvidar la necesidad de políticas más amplias con miras a mediano y largo plazo. El desafío principal está en desarrollar-estas políticas en un contexto de fuerte énfasis de lo coyuntural y con limitados recursos para las políticas sociales, tratando de que sean sostenibles y que incorporen la universalidad y la solidaridad como instrumentos fundamentales para valorar sus impactos reales. Los marcos institucionales actuales en algunos casos pueden ser restrictivos (por ejemplo, imposibilidad de volver completamente atrás en las reformas de la seguridad social), pero no invalidan la necesidad de desarrollar políticas de Estado con visión de futuro. Y en este sentido, no se trata sólo de políticas específicas para personas mayores como un grupo vulnerable, sino de lograr que todas las políticas públicas visibilicen a los adultos mayores y sean diseñadas y ejecutadas teniendo en cuenta las particularidades de estas personas y de sus derechos inalienables.

Si sabemos que el envejecimiento es un proceso ineludible y bastante predecible en todos los países y que la población adulta mayor seguirá creciendo, si reconocemos el derecho de todas las personas a tener una vida con buena calidad, una vida digna y libre de discriminación y maltrato, si reconocemos que tenemos dificultades intrínsecas a nuestro nivel de desarrollo pero que aun así podemos actuar, si pronosticamos que los apoyos futuros que provienen de las familias no serán los mismos y que no hay garantías de que las nuevas generaciones de adultos mayores podrán ayudar a su descendencia como las actuales, y si reconocemos que estamos mal preparados para hacer frente a estos retos, entonces, no hay razón que justifique no actuar ahora.

En el proceso de elaboración de políticas cobra relevancia asumir la heterogeneidad que existe al interior de un país en la población adulta mayor, definida por diferencias de edad, género, zona de residencia, situación de pobreza, etnia y otros factores. El peso que tenga en cada país cada uno de los subgrupos definidos por estas variables, definirá la mezcla de políticas, programas y acciones más adecuadas.

6.4.3 El envejecimiento: entre la medicina y la bioética

Durante siglos, la medicina apenas podía curar muchas enfermedades; sí eran posibles un cierto confort y alivio. En nuestro tiempo la ideología médica triunfante es la de curar y, de esta forma, contribuir a la prolongación de la vida. Con el número elevado de ancianos, aquejados de enfermedades crónicas y no crónicas, el objetivo de la medicina no puede ser sólo el de curar. Sin embargo, este reconocimiento no es equivalente a la afirmación de un fracaso de la medicina ni la deja sin objetivos. Con los ancianos la medicina puede y debe llevar a cabo otros fines, cifrados no tanto en la cantidad de años de vida, sino en su calidad. Ello significa un replanteamiento rápido; corremos el peligro de llegar con retraso notable a la nueva situación, aunque no se puede negar que asistimos a una forma de conciencia por parte de los responsables políticos, profesionales de la salud y otros agentes sociales, traducida en múltiples iniciativas.

Al observar la situación de los ancianos, surgen interrogantes sobre la necesidad de nuevos enfoques, empezando por los profesionales que han de atenderlos. En esta franja de la vida son precisos cuidados médico, pero, dadas sus peculiaridades, me pregunto si los profesionales que han de atender a los ancianos no necesitan, tanto o más que ciertos conocimientos, unas actitudes personales de acogida, paciencia, capacidad de escucha, diálogo y condiciones psicológicas para realizar mejor un trabajo poco satisfactorio al que no acompaña el éxito de curar. La dirección en esta materia debe estar marcada no por el estilo actual de medicina, sino por las necesidades de los ancianos. La respuesta a esta situación puede adoptar diversas formas: profesionales sanitarios formados con el modelo imperante, acompañados por otros profesionales especializados en la relación con las personas, o bien formación de otro tipo de profesional de salud en el que se armonicen los conocimientos científicos y técnicos, el saber sobre las relaciones humanas y unas actitudes adecuadas para esta situación, que podríamos identificar con una aptitud y llamada vocacional. Seguramente es más fácil dar los conocimientos adecuados a una persona vocacionada para cuidar ancianos que darle la aptitud vocacional a quien sólo posee los debidos conocimientos. La realidad está reclamando el no diferir por más tiempo esta cuestión: el bien de los ancianos los está solicitando.

Otro punto en el cual deben definirse tanto la sociedad como la medicina es el de la calidad de vida para los ancianos, por encima de la mera prolongación de vida. Nuestra cultura no puede ser un canto a la vida a cualquier precio ni caer en una idolatría del existir por el existir: el vitalismo a ultranza es inmoral. La medicina ha de aceptar tanto sus limitaciones como los límites de la técnica y del organismo humano. Si la medicina ha de adecuarse a las posibilidades de la vejez, también cada persona anciana ha de asumir con realismo la situación, dentro de las evidentes diferencias de unos casos y otros, todos necesitamos una educación para un envejecimiento humano, razonable y sensato. Si al anciano, por el hecho de serlo, no se le han de negar cuidados que tengan sentido, evitando cualquier tipo de discriminación, tampoco se ha de olvidar la necesidad y obligación de un razonable de los recursos sanitarios escasos. Admitiendo la dificultad de una política justa y clara en esta materia, tampoco podemos dejarla a la pura inspiración del momento, es necesaria una reflexión colectiva para llegar a la mayor claridad posible, teniendo en cuenta la solidaridad intergeneracional.

La medicina de los ancianos será muy conflictiva si no llegamos a una nueva cultura de la ancianidad, situándola como una etapa de la vida en una sociedad con características determinadas. El significado y el puesto de los ancianos no pueden ser una cuestión puramente individual, sino una obra colectiva. Esa cultura de la ancianidad difícilmente se podrá orientar correctamente si se rehúye la perspectiva de la muerte, hecho normal, natural dentro del ciclo vital.

6.4.4 El cuidado de los ancianos, responsabilidad familiar y social

Los ancianos tienen derecho a una atención adecuada. En qué consiste este tipo de atención es algo que nuestra sociedad ha de definir. Ahora la pregunta recae sobre los sujetos responsables de esta misión.

La respuesta no es uniforme para todo tiempo y lugar: el tipo de familia y de organización social repercuten en la cuestión ahora analizada. En nuestra sociedad ha descendido mucho el número de padres que viven con sus hijos. Los padres que dependen económicamente de sus hijos son menos que en el pasado gracias a la cobertura social: pensiones, seguro de enfermedad, otros subsidios sociales o soluciones privadas. Hay muchas familias monoparentales. Como consecuencia del divorcio, separación y nuevo matrimonio, las relaciones familiares se han complicado. Las familias son más pequeñas, con menor número de hijos. Con frecuencia, en las familias formadas por los hijos casados ambos esposos trabajan, lo cual limita las posibilidades de tiempo para atender a sus

padres. Tradicionalmente la mujer se responsabiliza más del cuidado de sus padres ancianos, solución ahora más difícil entre otras razones por su frecuente trabajo fuera del hogar. La misión confiada a la familia de responsabilizarse de sus mayores radicaba en una doble presunción: la capacidad de las familias para atender adecuadamente a sus ancianos con una modesta ayuda social y la posesión por parte de la fuerza moral, psicológica y espiritual para llevar a cabo esta misión.

En cuanto a la ayuda económica, no parece que la obligación de la familia pueda plantearse en los mismos términos que en el pasado, cuando no existía una red de servicios sociales, sufragados con los impuestos generales. Si el aceptar las cargas económicas que suponen los enfermos crónicos y ancianos parece insoportable para las instituciones públicas en no pocas ocasiones, tampoco se puede hacer recaer ese peso exclusivamente en la familia. Aquí debe funcionar la solidaridad para que los ancianos cuenten con una asistencia justa. La necesidad de las personas constituye un título moral para ser atendidas, y si a la familia le corresponde una obligación particular, ello se debe a los lazos que la vinculación biológica y la convivencia crean entre personas: el amor, el sentimiento de gratitud hacia los padres no deben desaparecer, a pesar de las variaciones socio-culturales. Con todo, la respuesta depende mucho del tipo de relación entre padres e hijos en la primera etapa de la vida de éstos. El cuidado de los ancianos no debe suponer una carga excesiva para los hijos, hasta el punto de poner en peligro de colapso a éstos, de modo que la situación resultante sea peor; algunos piensan que tampoco la sociedad debiera cargar con todo el peso económico, por el peligro de que los hijos se desentiendan completamente y así dejen de cumplir esta misión con los padres.

Existe otro tipo de necesidades que ordinariamente sólo la familia, los hijos, los hermanos, el otro cónyuge pueden colmar. Los ancianos, quizá más que en otros momentos de la vida, necesitan la cercanía de los seres queridos, su compañía, su afecto hechos gesto visible. Las personas que forman parte de nuestra historia más íntima no son fácilmente intercambiables con otras. Y este servicio puede ser en ocasiones mucho más importante que los mejores cuidados médicos. En este sentido la presencia de la familia es un elemento frecuentemente imprescindible para los ancianos. En menor grado, se ha de decir lo mismo de los amigos y del entorno con el que se ha convivido de una manera satisfactoria.

Para que la familia cumpla con este doble servicio, el apoyo de la sociedad no ha de traducirse únicamente en ayudas económicas. La vida de un anciano dependiente o de un enfermo crónico puede prolongarse durante años. Y dada la mentalidad de la sociedad occidental, esta situación, al menos en el subconsciente, aparece como una amenaza a la libertad, al cumplimiento de expectativas y planes legítimos. El prolongarse de una situación semejante impone limitaciones, crea estrés, genera sufrimientos, y, en nuestra sociedad, las virtudes que favorecen la fortaleza ante la adversidad no cuentan con gran prestigio. El sacrificio, la renuncia a ciertas formas de autorrealización en la libertad, sobre todo cuando esa situación no ha sido elegida y. cuando se desconoce si durará mucho o poco tiempo, se soportan mal. De aquí la necesidad de que la sociedad ayude a estas familias posibilitando servicios temporales de vecinos, grupos de voluntarios que las liberen de una presión continúa. Estas familias pueden también necesitar la ayuda de profesionales psicológicos para no sufrir en su psiquismo y para que la atención prestada a los ancianos sea mejor.

La familia en nuestro país es el sistema de apoyo social más importante y muchas veces el único para el adulto mayor, aporta apoyo emocional, económico, toma de decisiones y asistencia instrumental cuando es necesario cuidarlo, se intensifica el papel de la familia ante una invalidez o enfermedad crónica y depende de la manera como el núcleo familiar y el anciano se comprenda; la familia ampliada que se encuentra en el medio rural, integrada por varias generaciones, con valores y tradiciones sólidas, tolerancia, paciencia y el intercambio de servicios y roles muy bien definidos, se han modificado en la actualidad por la migración hacia las áreas urbanas, donde se imponen condiciones de vida y trabajo diferentes, deshumanizados muchas de las veces, la familia nuclear,

las viviendas unifamiliares, la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, los hijos y los ingresos económicos no siempre satisfactorios así como el hecho de que cada día las familias son menos numerosas, un factor determinantes es el de que, cada día un creciente número de mujeres solas se convierten en jefes de familia y dado que con el proceso del envejecimiento aumenta el número de padecimientos crónicos degenerativos que requieren grandes cuidados generando costos de atención cada día mayores, puede condicionar abuso al anciano y/o llevar al colapso del cuidador en el cuidado del anciano. A la mujer se le ha impuesto el rol de cuidadora ya que ideológicamente parece natural y esta relación dificulta el solicitar ayuda por un factor de prestigio que provoca fatiga en el cuidador y, por tanto, abandonó del anciano, además, la población envejecida se margina al considerarse una carga más ante el hecho de que sólo un pequeño número de viejos reciben pensión por jubilación y los hijos son el sostén de ellos.

El cuidador primario es la persona que tiene la responsabilidad del cuidado del anciano que requiere apoyo especial porque perdió la capacidad de cuidarse a sí mismo, parcial o total, y generalmente el cuidador es el cónyuge, las hijas, nueras, familiares cercanos, amistades, etc. que reciben remuneración económica por el cuidado. Pero en otras ocasiones el cuidador no recibe pago como ocurre con los cónyuges, hijas o nueras, lo que repercute en la calidad de vida del cuidador, tiene que dejar sus propias necesidades para dedicarse al cuidado del adulto mayor enfermo influyendo directamente el grado de integración familiar, el desgaste económico, físico, psicológico y social, que lo lleva al colapso. La pérdida de la independencia del viejo enfermo es generador de problemas de salud en el binomio paciente-cuidador, ya que cuando más apoyo requiere el enfermo existe mayor posibilidad de que el cuidador se agote, además, del propio estrés del mismo resultante del cambio de vida que tiene por cuidar al paciente, por eso, cuando el cuidador es un familiar sufre un gran impacto social sobre todo se designa por "sorpresa" al cuidador ante la invalidez del anciano que se presentó en forma súbita, lo que altera el ritmo habitual de la vida, la familia inicia un cambio del funcionamiento interno tanto en las tareas como en los roles establecidos ya que adquiere nuevas responsabilidades lo que repercute también en el cuidado del adulto mayor enfermo, se centra la atención en él y se descuida el trabajo, con merma en la eficiencia y en el caso del trabajo remunerado, muchas veces tiene que abandonarlo con la consecuente repercusión económica que junto con los gastos originados por la enfermedad rebasan con creces el presupuesto familiar. Además se presenta el impacto emocional que afecta los propios intereses del cuidador y sacrifican la atención del enfermo, muchas veces ocasiona depresión, fatiga e incremento del estrés, con sentimientos de miedo a perder el control y la dignidad. Surge la vergüenza al observar que los cuidados no mejoran las condiciones del enfermo, más cuando se trata de cuidados de pacientes demenciados, que obliga al cuidador al aislamiento social. En muchas ocasiones, el resto de la familia deja sólo al cuidador, sin prestarle atención a su conflictividad emocional que lo lleva a "perder las fuerzas" para seguir adelante, dejan de comer, dormir, lloran con facilidad, no descansan y desatienden su propia salud con deterioro en el cuidado del enfermo, con impacto negativo para llevar las cargas del cuidado por lo que se presenta el colapso.

El colapso surge como consecuencia de este gran estrés del cuidador y es uno de los problemas a los que se enfrenta el médico en la actualidad, hay diversos estudios relacionados al estrés que se genera en el cuidador y la forma como éstos afectan la salud del mismo, el cuidador agotado deteriora su salud, más en relación al anciano con demencia, con cada día mayor grado de dependencia y con un gran desconocimiento de la enfermedad, viviendo el cuidado como una carga, siendo difícil medirla, autores como Zarit y Gwyther han propuesto escalas de medición del colapso enfocados al detectar el momento en que la carga del cuidado sobre pasa la capacidad y recursos del cuidador. Por otro lado, el desconocimiento sobre el proceso de envejecimiento y de las enfermedades, se incrementa la carga del cuidador que en muchas de las veces termina con un cuidado inadecuado. Se requieren conocimientos amplios al respecto, no sólo de la sociedad, familia y enfermo, sino del personal de salud, especialmente los médicos, para evitar mediante

educación, este síndrome. Una entidad que juega un rol significativo, es la presencia de duelos ante el fracaso anterior del cuidado de un familiar con un padecimiento similar al del que requiere cuidados actualmente, con la presencia de la negación, ira, negociación, depresión y aceptación como lo ha señalado Kübler-Ross. En ocasiones el cuidar es muy extenuante que los cuidadores prefieran refugiarse en la negación, con sentimientos de enojo y culpabilidad por la enfermedad y la creencia de que no están cuidado adecuadamente al enfermo, genera en muchas ocasiones un duelo anticipado ante la falta de apoyo familiar y social, por lo que se requiere brindar apoyo al cuidador. En México se ha detectado el síndrome de abuso al adulto mayor dejando entre ver la posibilidad del colapso al cuidador.

La práctica clínica se apega a lo reportado en la literatura como perfil del cuidador latino, el cual a pesar de estar ingresando a las políticas de la globalización y a las nuevas corrientes económicas, conserva aún valores y tradiciones familiares proporcionando al anciano un ambiente tendiente a mantener una calidad de vida adecuada. Por tanto, es necesario hacer énfasis ante este problema y como integrantes del equipo de salud debemos atender el binomio paciente-cuidador, ayudándolos en forma individual, favoreciendo técnicas de relajación, terapia psicológica y apoyo multidisciplinario, para disminuir o evitar la carga que conlleva el cuidado. Hay que tener en cuenta siempre las necesidades de que el cuidador puede tener problemas emocionales o técnicos que puedan repercutir en el cuidado y generar el síndrome del abuso del adulto mayor, requiriendo la realización de estudios posteriores para identificar y tratar este conflicto.

Aunque la enfermedad crónica es una realidad distinta en su concepto de ancianidad, el envejecimiento de la población contribuye a una creciente presencia de ella. Enfermedad crónica es aquella situación o condición que dura un largo período de tiempo o que tiene secuelas debilitadoras durante una etapa larga. Algunos precisan esa duración: enfermedad crónica sería la que interfiere en el funcionamiento diario más de tres meses al año, causa una hospitalización anual de treinta o más días o se piensa en el momento del diagnóstico que producirá ambos efectos con probabilidad. La enfermedad crónica pone énfasis en la duración, en la severidad de los trastornos y en el progresivo debilitamiento.

La presencia creciente de las enfermedades crónicas impone la revisión de muchas ideas y constituye un problema para los cuidados sanitarios. La enfermedad crónica se ramifica en múltiples direcciones: afecta a los individuos, a la familia, a las relaciones sociales, a los sistemas de salud, a los servicios de bienestar social.

En relación con la medicina y con la bioética, la enfermedad crónica lanza múltiples desafíos: la misión de la medicina no puede limitarse a objetivos preventivos y terapéuticos; se impone una nueva visión a partir de la comprensión del significado humano y social unido a esta situación. La atención preferencial de la medicina a la enfermedad aguda aquí no tiene sentido. Por otro lado, el ideal de autonomía del paciente, tan exaltado hoy en la práctica médica, se ha de acomodar a una situación, frecuentemente con autonomía más limitada que en oíros pacientes.

Frente al paciente anciano, el actuar ético del médico y de todo tipo de salud habrá de estar sujeto a los correspondientes valores, principios y normas que rigen la bioética contemporánea y que adquieren connotaciones propias en tal circunstancia. Recuérdese que la vida, la salud y la felicidad en la edad provecta pueden no tener el mismo significado que poseen cuando se manejan; en la edad juvenil o en la madura, sin que ello quiera decir que el personal de salud no deba otorgarles los mismos respeto y atención.

El principio de beneficencia, que obliga al médico, hace relación al servicio que debe prestarle al paciente para favorecer sus mejores intereses que son, sin duda, su vida, su salud y su felicidad.

Sucede, no obstante, que esos, que son bienes preciados para el individuo y valores morales para el médico, pierden valor y sentido para el anciano, a tal punto que los desdeña, que los mira con indiferencia, o no los quiere conservar. Una enfermedad insoportable, o el simple hastío de vivir, son factores que afectan el ánimo del viejo y conspiran desfavorablemente para que el médico cumpla con éxito su labor beneficiosa. Se trata de pacientes en plena lucidez mental, con absoluto conocimiento de causa, que se niegan a colaborar con su curador y, mejor, imploran que éste les facilite los medios para alcanzar su deseo, que no es otro que precipitar el final. Aquí entra en juego el discutido "paternalismo", pues si el médico acatara el principio de autonomía, es decir, la autodeterminación de su paciente, no le quedaría otro camino que complacerlo, bien mediante la eutanasia o bien mediante el suicidio asistido, procedimientos ambos que unos defienden y otros rechazan. Lo cierto es que frente a este dilema, el médico debe optar por acercarse espiritualmente a su paciente, ser amigo antes que médico, o, mejor, ser amigo-médico, y compartir con él la angustia existencial. Esa forma de amistad tiene mucho de paternalismo, lo cual puede ser muy útil, pues el sentir la compañía y el apoyo de "alguien" en momentos tan difíciles, es sentirse amparado, protegido, como se siente el niño cuando su padre lo abraza. Es probable que esta actitud paternalista haga reflexionar al paciente acerca de su deseo fatalista y la incline por otra determinación menos radical. Mitigar el dolor espiritual y hacer cambiar así la decisión, es, ciertamente, una actitud humanitaria, paternalista. No creo que pueda descalificarse tal proceder, no obstante que aparentemente reñir con el derecho de autonomía, interpretado como un principio categórico, apodíctico. Dice Jay Katz que "*el derecho a la autodeterminación es el derecho del individuo a tomar sus propias decisiones sin que otros se entremetan*"[282]. En circunstancias como las que he venido contemplando, podría defenderse la actitud paternalista aduciendo que una persona adolorida física y espiritualmente carece de autonomía psicológica, la cual es indispensable para reflexionar de manera correcta. El entremetimiento, entonces, tendría validez moral.

Pero si ese entremetimiento fracasa y el paciente persiste en su deseo de morir, ¿qué debe hacer el médico? No sería correcto abandonarlo a su propia suerte. Habría entonces que buscar el apoyo de otro profesional (psicólogo, psiquiatra, sacerdote) o de varios a la vez, si se cuenta con recursos para ello. Asimismo, sería prudente la permanencia del enfermo en el sitio más adecuado a su situación, donde encuentre apoyo médico y calor humano. El manejo del dolor se ha convertido hoy en una especialidad, de gran ayuda en los estados terminales de una enfermedad. Puede advertirse que en situaciones tales el humanitarismo médico desempeña un papel trascendental. Razón existe para que se lo tenga como la principal virtud de las muchas que debe poseer el personal de salud.

El manejo del sujeto anciano no apareja tanto conflicto ético cuando aún es dueño de su capacidad de discernimiento, es decir, cuando actúa como lo hacen los adultos normales. El que se comporta diferente, a la manera de los niños, por su incapacidad para tomar decisiones, constituye —como ya vimos— un caso de manejo especial, inteligente y paciente. Habiéndose perdido la autonomía, el personal de salud debe ser muy cauto al momento de tomar decisiones relacionadas con el estado de salud. La dependencia progresiva de ese tipo de pacientes compromete más allá familia y a la sociedad que el mismo médico. Esto explica la existencia de instituciones destinadas a su cuidado, donde son las enfermeras y personas voluntarias las más comprometidas en esa labor. Al médico corresponde revisar sus condiciones de salud y mantener al tanto de ellas a los familiares; si es necesario emprender procedimientos diagnósticos o terapéuticos (médico o quirúrgicos) advertirá a los tutores legales, o familiares más cercanos, las indicaciones y riesgos inherentes. Al juzgar el médico el tipo y grado de incapacidad mental del anciano, deberá tener en cuenta si se trata de una situación permanente (por ejemplo: enfermedad de Alzheimer) o reversible (por ejemplo: drogas, infección, trastornos metabólicos). Por eso es grande la responsabilidad de los encargados de aplicar

[282] Katyz, J., *El médico y el paciente: Su mundo silencioso* p. 217

las pruebas de competencia mental, como son las de orientación de tiempo, lugar y persona, las de memoria, cálculo aritmético, comprensión del lenguaje oral y escrito, etc.

En primer término, deben investigarse con cuidado las razones que expone para ello. Pueden utilizarse pruebas o tests de competencia mental para tratar de establecer el grado de autonomía que lo asiste, sobre todo si el rechazo se acompaña de solicitud de medidas autodestructivas (suicidio asistido, eutanasia). Para no tomar decisiones que puedan afectar los intereses del anciano se hace necesario que el equipo de salud dedique tiempo y buen juicio al esclarecimiento de la situación. Se calcula que un 10% de las personas mayores de 65 años tienen algún grado de deterioro mental. De confirmarse éste, debe indagarse si con anterioridad en anciano expresó sus deseos, su voluntad, acerca de la manera como debía ser tratado por sus médicos. Tal manifestación habrá de ser tenida en cuenta, con lo cual muchas veces se evita la distancia.

La situación de salud de los ancianos tiene también que ver con el principio de justicia, entendido éste como la distribución equitativa de los recursos disponibles. He aquí una situación que pone a prueba el buen juicio, la sindéresis del personal salud, en particular de aquellos que desempeñan cargos de administración, pues puede ocurrir que se presente una colisión de principios al tener que privar de la atención a un anciano para suministrársela a un paciente con mejores perspectivas de sobrevivencia. Dar la orden de no resucitar, no dializar, no trasplantar, no operar, supone una previa reflexión ética de quien la dicta, o del grupo de personas encargadas de tomar la determinación, reflexión en la cual se tendrán que analizar con detenimiento los distintos aspectos, tácticos y teóricos, que rodean una tan delicada circunstancia. A no dudar, la edad como criterio para dispensar servicios de salud es, en principio, una forma odiosa de discriminación, aunque la discriminación, viéndolo bien, no siempre es injusta o injustificada. El filósofo norteamericano Daniel Callahan opina que la Medicina, en relación con la edad, podría tener dos metas: una, evitar la muerte prematura que es aquella que procede a la terminación de un periodo natural de vida, y otra, aliviar el sufrimiento, mejor que extender la vida después de que el ciclo natural ha sido completado .

Sin duda, el manejo del anciano es una buena oportunidad para que el personal salud dé muestras de su vocación o espíritu humanitario. Se ha de tener presente que la medicina no es la única solución a los problemas de la vejez. **Antes que medicalizarla hay que humanizarla.**

En virtud de la crisis o desintegración de la familia, cada vez es más frecuente que el anciano sea un solitario, especialmente las mujeres, situación está que conspira contra su salud, como que conduce a unos cuidados higiénicos mínimos, a una alimentación inadecuada, a un aislamiento social, a un deterioro mental. Razón hay cuando se afirma que "el alejamiento colectivo de la vejez pone en marcha un proceso de muerte social del anciano que asume los rasgos existenciales de una verdadera y real eutanasia". Claro que ninguna culpa cabe al personal de salud en esta política de olvido y abandono. La responsabilidad recae en la sociedad toda, siendo, pues, un problema de ética social. La cuota moral de los componentes del equipo salud es ver en el anciano un congénere suyo, un ser humano, y tratarlo como quisieran que fuese tratado cada uno de ellos cuando alcance ese periodo de la vida.

La profesión médica, en todo caso, tiene el singular privilegio de ser una de las vías más propicias para acercarse a lo humano y para constituirse en modelo de humanismo y de plenitud ética. Así lo fue desde los más remotos tiempos; de ahí sus códigos y sus juramentos éticos. Así lo sigue siendo y seguirá siéndolo, mientras perviva el hombre.

Cabe decir, en síntesis y a modo de conclusión, que la situación límite que suele expresar la enfermedad pone al ser humano, en efecto, ante su condición de "cuerpo", e incluso ante la vivencia

de sí mismo como "objeto" o "cosa". En este sentido, el enfermo es poseedor de una marcada vulnerabilidad (emocional, moral, psíquica) que sólo unos cuantos logran superar, justo por la vía de la afirmación del ethos; de un ethos por lo demás particularmente heroico por la adversidad por la adversidad de su situación.

Esa misma vulnerabilidad impone al enfermo la responsabilidad ética frente a sí de salvaguardar su propia dignidad moral. Pero es la responsabilidad que ante todo tiene el médico frente al paciente que ha de ser tratado en toda su plena dignidad de persona humana, no como cuerpo, ni cosa, ni objeto. El "deber ser" moral del médico le impone la necesidad de vencer el afán de dominio sobre el otro, de manipulación, de la pérdida de la conciencia de la condición humana del enfermo, presente en las situaciones terminales donde pareciera que el "hombre" y la "persona" han desaparecido ya. De superar la tentación de ejercer el poder que da el saber, queriendo ir más allá de los límites infranqueables que le señala la ética, de los fines y valores que deben regir su acción; sin una fortaleza moral, verdaderamente real, sin un ethos realizado, *es* difícil cumplir con los ideales de una medicina ética, plenamente humanizada, que salva al enfermo y cumple al médico en su propia humanidad. De ahí, desde los tiempos hipocráticos, la "santidad" que se exige en particular al médico. La relación médico-paciente es en esencia una relación que ha de estar regida por valores eminentemente éticos, en la que ha de prevalecer ante todo la más firme conciencia de la condición humana del paciente, es decir, su condición de persona, siempre fin en sí misma, nunca medio, ni objeto, siempre poseedora de una irreductible dignidad. Valores éticos que no están condicionados a ninguna fe religiosa (aunque tampoco son excluyentes de ella); valores que se desprenden de un saber filosófico, racional, el cual no se funda en otra cosa que no sea, en definitiva, la conciencia radical de la "humanidad" del paciente y de la "humanidad" del propio médico. Medicina ética y medicina humanística coinciden en su significación esencial.

La dignidad está conformada por todos aquellos merecimientos de la condición humana que le hacen singular. La libertad, justicia, equidad, lealtad, bien común y más, son algunos "merecimientos que sustentan a la dignidad humana" y que adquieren un valor real cuando se confrontan en el hacer cotidiano de las personas y, particularmente, cuando sean negados, amenazados, restringidos o aislados.

El término dignidad aparece en nuestra legislación en la Carta Marga como garantía el artículo 3 al señalar que *todo individuo tiene derecho a recibir educación orientada a contribuir hacia la mejor convivencia humana, tanto por los elementos que aporte a fin de robustecer en el educando, junto con el aprecio por la dignidad de las personas y la integridad de la familia, la convicción de interés general de la sociedad, cuando por el cuidado que ponga en sustentar los ideales de fraternidad e igualdad de derechos de todos los hombres, evitando los privilegios de razas, de religión, de grupos, de sexos o de individuos*. En el artículo 25 Constitucional se encuentra otra mención al decir que, *corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral y que mediante el fomento del crecimiento económico y el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza, permita el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales, cuya seguridad protege esta Constitución*.

Sirva aquí el comentario de que equivocadamente a nuestro juicio las garantías las "otorga la Constitución", como claramente expresa el artículo 1° en lugar de que con más propiedad: "las reconociera", ya que los derechos y las libertades básicas del ser humano son anteriores al Estado y a la ley misma como ya ha sido señalado. Es así, que los derechos y libertades humanas fundamentalmente conforman ya de por sí su dignidad.

La dignidad puede ser percibida desde dos ángulos, como la representación que se hace de uno mismo en su carácter digno y como la imagen que otros se hacen de nosotros. La dignidad también

comparte otros elementos integradores, como lo son la "autonomía" entendida como la capacidad del ser humano de ejercer libremente el pensar, el sentir, el proceder y emitir juicios sobre lo que considera valioso o bueno para él, y la "integridad" que se refiere al equilibrio personal que guardan los elementos corporales, psicosociales e intelectuales de su vida. Como bien señala, Edmundo D. Pellegrino, la aparición del concepto socio-político, legal y moral de la autonomía ha influido profundamente en la ética médica al paciente y reorientando la relación del médico con el paciente hacia un acto más abierto y franco, en el que se respeta más la dignidad del paciente como persona.

En el área concreta de la salud en México, el respeto a la dignidad del paciente queda señalado en la Ley General de Salud al decir en su artículo 51 que "*los usuarios* (término utilizado para designar a toda persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica) *tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares"*.
El derecho a un trato digno y respetuoso hacia el paciente, se refiere a la aceptabilidad que el comportamiento tanto verbal como no verbal se establece en la relación del profesional, técnico y auxiliar con aquél, más allá de un simple saludo.

Digno es el atenderle con oportunidad, con delicadeza, cortesía y en consciencia; digno es proveerle la información adecuada y pertinente para que el paciente pueda tomar una decisión. Digno es plantearle alternativas de solución y procurarlas en cada caso. Digno es cobrarle los honorarios por servicios acorde a su capacidad de pago, a la importancia del servicio otorgado, y de los medios utilizados para ello. Digno es procurarles un entorno de confianza, de comodidad y de esperanza si es posible, al lado de sus seres queridos. Digno es tratarlos con paciencia, constancia, tolerancia y prudencia. Digno es serle leal y guardián celoso de sus circunstancias con independencia de su origen, color de piel, edad, sexo, creencia religiosa, situación civil, preferencia sexual, situación económico, posición social, estado de aseo, olor o patología.

Digno en sí, es consolarle acaso cuando la ciencia agota sus recursos y acompañarle en su último suspiro. Digno es mostrarnos respetuosos hacia su derecho al trato digno, dignificando con ello los merecimientos propios o ajenos.
En el juramento de fidelidad profesional expresado en la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (1948), y Sídney (1968), promete el médico ejercer la profesión dignamente y a conciencia; con competencia e independencia técnica y moral, con compasión y respeto a la dignidad humana como adiciona el Código Internacional de Ética Médica. (Londres 1949 y Venecia 1983).

El asunto del respeto al derecho a la dignidad humana en general, y de los pacientes en particular, es tema añejo que como "valor" debe estar representado en la praxis social introyectado y ejercido para traducirlo en norma jurídica, para poder constituirla en un derecho fundamental. Esfuerzos reiterativos como el convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina de 1996, que insiste en la protección del ser humano en su dignidad e identidad, abulta el arsenal teórico en torno a la protección al derecho al respeto a la dignidad humana en tanto que se tutela jurídicamente, en la práctica sigue en suspenso.

Puede ser que el paciente vea resulto su problema de salud, pero quede en su corazón (asiento romántico de sentimientos y emociones) el haber sido humillado, maltratado y vejado, esto es, tratado contrario en su dignidad por un indigno prestador de servicio de salud.

¿Qué sanción podrá dársele a este violador del derecho a otorgar y respetar el derecho al trato digno al paciente? El descrédito al nivel personal; el señalamiento social de su comportamiento despótico, cruel, insensible, inhumano, o indigno, en una sola palabra para abarcarlo todo. A nivel legal, tanto en le Ley General de Salud como en su Reglamento en materia de servicios de atención médica que enuncian este derecho en sus artículos 51 y 48, respectivamente, no tiene una sanción determinada o específica para esta desviación de la norma sino que se acogen a los genéricos y discrecionales artículos 422 y 250 también, respectivamente, que dicen que las infracciones no previstas serán sancionadas con multa de hasta 500 veces el salario mínimo general diario.

El derecho al respeto a la dignidad del paciente suele verse vulnerado así, cuando los valores que dominan en su atención son ajenos a los humanistas; cuando se le atiende lo objetivo dejando de lado lo verdaderamente humano que es lo subjetivo. Así, los derechos del paciente el general y el respeto a su dignidad, suelen ser más un asunto de acuerdos informales, de políticas de cierto hospital y de la sensibilidad ética humanista del prestador de servicios de salud que de preceptos legales o deontológicos.

La sociedad civil en la que juegan papales intercambiables tanto médicos como pacientes ha empujado hacia la creación de conciencia acerca de los derechos humanos. Ambos protagonistas deben lograr por legitimar y hacer valer su obligación-derecho entorno a la dignidad del ser humano enfermo y quizás, como apuntaba el doctor Manuel Velasco Suárez, no sea suficiente la buena fe para que la moral y la deontología profesional resulte operante, sino que sea ya mandatario legislar acerca de la responsabilidad haciendo figura el impacto de la jurisprudencia de los actos médicos quirúrgicos y reglas sobre instituciones biomédicas.

6.4.5 La propuesta de la bioética médica

En el futuro, no hay duda de que el proceso de cambio legislativo continuará, y que cada vez se incrementara más la gestión autónoma de la vida y la muerte y por lo tanto del cuerpo, por parte de los ciudadanos. En principio nadie puede definir lo que es una muerte digna más que el propio paciente. Y es obligación moral de la sociedad entera y más en concreto del sistema sanitario permitir que los pacientes tengan una muerte digna, de acuerdo con su propio concepto de la dignidad. Esto no será siempre posible, pero su se debe promover al máximo.

La medicina actual con las nuevas tecnologías es muy cara, extremadamente cara, y por ello plantea problemas de distribución de recursos. Esto sucede claramente en todos aquellos casos en que son los propios pacientes o sus familiares quienes han de sufragar directamente los gastos. Y sucede también, aunque de modo más difuso, cuando se traía de centros sanitarios de carácter público. ¿Los criterios de eficacia, eficiencia y efectividad pueden utilizarse para limitar las prestaciones de los cuidados de los pacientes adultos mayores en etapa crítica? Y en caso de respuesta afirmativa, ¿quién puede y tiene que limitar las prestaciones? ¿Deben ser los médicos, o por el contrario, es cometido por los cargos directivos de las instituciones o los servicios? Últimamente se ha escrito mucho sobre el problema de la doble agencia del médico, que se produce cuando éste tiene que compaginar dos finalidades que en ciertas situaciones pueden llegar a ser contradictorias, la de búsqueda del mayor beneficio del paciente y la de ahorro de recursos. La cosa se complica aún más cuando se intenta incentivar económicamente al profesional en proporción al ahorro conseguido, pues en ese caso ya no se trata de una doble sino de una triple agencia.

Todos estos problemas éticos han generado en las últimas décadas un auténtico aluvión de estudios y propuestas. Se han intentado establecer criterios de ingreso a terapias críticas, de retirada de tratamiento, de maniobras de no reanimación, etcétera al paciente adulto mayor. Ninguno ha conseguido una aceptación total. Y ello no por azar.

Es inútil pensar que en éste tipo de problemas pueden alcanzarse soluciones definitivas, matemáticas. La racionalidad ética no es nunca apodíctica sino prudencial. La prudencia es el arte de tomar decisiones racionales en situaciones de incertidumbre. La incertidumbre no está reñida con la prudencia. Más aun, puede asegurarse que la búsqueda de la certeza es en este tipo de asuntos por principio imprudente. La ética exige reflexión, buena voluntad y prudencia.
Nada más, pero también nada menos.[283]

Conflictos aun no resueltos como las límites de la competencia capacidad de los enfermos en situación crítica, las decisiones de no instauración/retirada de soporte vital y sus posibles diferencias la escasez de recurso frente a una demanda que les excede etcétera, son campos que cada vez ocuparan mayor parte de nuestro tiempo. Tanto es así, que se ha dicho que cuando quiera que nos encontramos ante la necesidad de utilizar expresiones como "deberíamos, debemos o estamos obligados a", nos encontramos en presencia de un "momento ético", es decir, una situación en la que la toma de decisiones, tanto si se refieren a la mera asistencia, investigación o docencia, deben hacerse al amparo de un planteamiento ético, o lo que es lo mismo, los principios éticos deben jugar un papel fundamental en esa toma de decisiones.

En resumen, los conflictos entre los valores de los pacientes adultos mayores, los profesionales y la sociedad forman parte habitual de la práctica de la medicina actual con tecnología de punta y por ello, los conocimientos y la metodología para enfocar los dilemas éticos deben incorporarse a su perfil profesional, conviniendo con los fundamentos fisiopatológicos de las situaciones que amenazan la vida o las habilidades para aplicar las medidas de soporte vital.

Ello contribuirá, sin duda, a mejorar la calidad de la asistencia al paciente adulto mayor gravemente enfermo.

Las decisiones tomadas sobre los ancianos graves o críticos a menudo crean problemas éticos en la práctica profesional. Afortunadamente, el tiempo dedicado a su racionalización, especialmente cuando es compartida con otros especialistas, paciente adulto mayor o familia, suele solventar y desdramatizar la mayoría de los conflictos. Las buenas decisiones deben sujetarse a tres requisitos recordados nemotécnicamente por la regla de las erres de forma que sean racionales, rentables y respetuosas. Una asistencia geriátrica intensiva proporcionada debería buscar los siguientes objetivos:

a) no interferir en el fallecimiento biológico natural (principio de beneficencia);
b) evitar la aplicación de tratamientos y entornos no deseados (principio de autonomía);
c) evitar los gastos humanos y de recurso públicos derivados de la futilidad mediante la indicación de tratamientos de eficacia probada para aquellos componentes patológicos agudos potencialmente reversibles (principio de justicia y de no maleficencia).

Es decir, plantearse hacer aquello que se deba y no lo que se pueda.

Las probabilidades de éxito terapéutico en etapa crítica son directamente proporcionales a la buena preselección de pacientes ancianos. Cada uno requerirá una evaluación individualizada que comenzara por el análisis detallado de una buena historia clínica y el planteamiento de unos objetivos terapéuticos racionales deseablemente establecidos conjuntamente con los otros facultativos habitualmente responsables del paciente adulto mayor.

Más que la edad, se valorará el estado de salud previa, la calidad de vida actual y esperable (la mejor opción sobre ambas es siempre la del propio paciente adulto mayor) y la severidad del

[283] Gracia, Diego. Catedrático de Historia de la Medicina, director del Master en Bioética, Universidad Complutense de Madrid.

proceso actual. Si hay oportunidad, conviene reforzar el pronóstico clínico de severidad con el aval cuantitativo intencional que proporcionan los sistemas de medición de gravedad habituales, a sabiendas de su utilidad para la evaluación de grupos patológicos y su limitado valor para las decisiones individuales. Una detallada información del plan terapéutico a la familia suele evitar la posterior aparición de malos entendidos. Se debe contemplar la posible existencia de directrices previas obrando en conciencia dado que actualmente carecen de valor legal.

Por el contrario y transportando a la racionalización asistencial del anciano crítico mediante probabilidades pronosticas, si tiene valor medico el principio legal de *in dubio pro reo*, debiéndose proceder ante la duda a favor del paciente adulto mayor.

En gran similitud con la asistencia pediátrica, en geriatría se deberá poner especial cuidado en optimizar las condiciones de entorno y relación, en afirmar al máximo las indicaciones farmacológicas y en aplicar los procedimientos menos agresivos. La nutrición debe ser precoz y preferentemente parenteral, las indicaciones quirúrgicas regladas en lo posible y la información a la familia continua, objetiva y exquisita. Se prestara tal atención a la integridad de la piel y a los cuidados posturales. En los resultados de los tratamientos se debiera distinguir claramente los espejismos irrelevantes de sus efectos parciales (por ejemplo reducir algo la hipertensión intracraneal de los beneficios reales que se manifiestan en la persona como un todo, recuperar la conciencia). Su evaluación debiera de ser dinámico lo que significa un seguimiento diario de la eficacia procediendo a la suspensión racional cuando se demuestran ineficaces. Conviene recordar que en virtud de la potente farmacología moderna siempre hay un tratamiento eficaz sustitutivo en la última circunstancia el paliativo. Y que siendo mucho más frecuente en el muy anciano el fallecimiento natural que la parada accidental, difícilmente están indicadas en las maniobras de RCP. Cumplir con estos requisitos en orden a evitar la futilidad y humanizar las agonías, puede suponer un cambio de actitud mentalidad, y organización que, según han demostrado recientemente el estudio SUPPORT, no se consigue fácilmente. En casos especialmente conflictivos se debe recurrir a la consulta y mediación del comité hospitalario de ética asistencial. Conviene saber que no existen referencias de fallos judiciales en contra de actuaciones médicas avaladas por tales comités.

Ante situaciones de irreversibilidad y/o fracasos terapéuticos se debe indicar o al menos ofertar el tratamiento a otras áreas hospitalarias que supongan un mejor entorno humano para el anciano que el del hospital. Los tratamientos paliativos mantiene su eficacia fuera de la unidad, especialmente si se prescriben y razonan por escrito en nuestro informe de alta.
En la actualidad se sigue investigando posibles modelos predictivos pronósticos dirigidos a evitar la futilidad y el despilfarro de recursos

Posiblemente serán de gran ayuda futura para la decisión crítica pero, lógicamente y por pura biovariabilidad, no debemos esperar que proporcionen la fiabilidad absoluta del oráculo. Lo que sin duda seguirá vigente en el futuro será el sencillo proceder que nos recuerda la regla de las tres eses, "sea siempre sensato".

Si bien con la edad avanzada se gana sobradamente el derecho a morir con dignidad y de una sola vez, hay que tener presente que, en todo caso, la edad debe ser manejada por el médico como una variable científica más y nunca como un elemento de discriminación contra el anciano.

Por otro lado, la capacidad del anciano para decidir en situaciones agudas puede estar mermada o invalidada a consecuencia a factores relacionados con la demencia senil alteraciones patológicas o iatrogénicas de la conciencia y personalidad o situaciones depresivas.

Por lo demás, los ancianos aceptan su peor calidad de vida por enfermedad con mucha mayor conformidad que los jóvenes ser tratados con humanidad y determinantes cualitativos de la calidad de vida.

6.4.6 Un caso del final de la vida: paciente con hipertensión y bloqueo aurículo ventricular.

Varón de 73 años, profesor universitario jubilado. Ingresa en urgencias en noviembre de 2008, remitido desde el centro de salud de su zona, por presentar mareos, arritmia y una frecuencia cardiaca de 30 latidos/minuto. Antecedentes de hipertensión arterial tratada con diuréticos. Desde hace cuatro días presenta disnea que progresa a ortopnea[284] con edemas en miembro inferiores. Se decide traslado inmediato a Unidad de Terapia Intensiva.

Exploración físicas: Consciente y orientado TA: 190/110. Crepitantes bilaterales[285]. Edemas preentibiales. No se observan otras alteraciones de interés. RX tórax: cardiomegalia, redistribución vascular y patrón intersticial. ECG: bloque aurículo ventricular de tercer grado a 32 latidos minuto.

Curso clínico: Normalizada la Hipertensión arterial con vasodilatadores, el médico de la UTI le plantea la necesidad de implantación de un marcapasos, que es rechazada educadamente por el paciente tras escuchar atentamente las razones médicas para su colocación y alegar sus propias razones. Ante la desesperación del tenaz facultativo solicita el alta voluntaria, que se le concede tras escribir y firmar el paciente el documento oportuno en el que refiere tras haber sido informado de los riesgos, incluida la muerte súbita, decide rechazar el tratamiento. La familia se solidariza con el paciente y se lo lleva al domicilio el 19 de noviembre.

Reingreso: En casa presenta un episodio de pérdida súbita de conciencia de varios minutos de duración con cianosis intensa, motivo por el cual la familia le lleva a Urgencias el 20 de noviembre. En Urgencias lo trasladan a una cama del Servicio de Recuperación, dado que el paciente ha recuperado su conciencia y mantiene la misma postura, motivo por el que rechaza su ingreso en la UTI bajo esas condiciones.

Curso clínico: Presenta una parada cardíaca, instauran reanimación cardio-pulmonar y avisan al cardiólogo que encuentra al enfermo entumido y sedado. Tras cinco minutos se aprecia reversión del paro a bloqueo aurículo ventricular. Sabedores de la existencia de una voluntad previa, deciden mantener el tratamiento a la espera de intentar una evaluación neurológica, el destete y la extubación. Se indican "orden de no resucitación/reanimación". La familia mantiene el apoyo a la decisión del paciente (consta en la historia una nota del cardiólogo, donde advierte que en caso contrario, se debería solicitar la intervención del juez).

Horas más tarde el paciente recupera la conciencia, aunque está bajo los efectos de los sedantes suministrados (Haloperidol y Valium), es extubado y tras el cambio de opinión de la familia, el paciente firma en presencia del Jefe de Guardia el permiso para el procedimiento. El documento dice textualmente "el enfermo D.XXX, consciente y orientado reconoce en mi presencia que está dispuesto a someterse al tratamiento con marcapasos provisional si precisa y definitivo". El documento está "firmado" por el paciente que hace un grabado y firmado por sus familiares y el jefe de guardia.

---

284 La ortopnea es la disnea que se produce con el decúbito dorsal; aunque se piensa que ocurre de forma predominante en la insuficiencia cardíaca congestiva, se puede producir también en algunos individuos con asma y obstrucción crónica de las vías respiratorias, y es un dato constante en la parálisis diafragmática bilateral, trastorno poco frecuente. Brache Espinal, Ceferino; Ludwig Frontier Ramos. *Semiología quirúrgica: antología de experiencias, textos y casos*

285 El crepitante es un sonido anormal, fino y burbujeante, que se encuentra cuando se auscultan los ruidos pulmonares a través del tórax y suele deberse a la apareción de secreciones dentro de la luz de los bronquiolos o alvéolos. Ibidem

El 23 de noviembre se implanta marcapasos definitivo. Tras 24 horas de estancia en la UTI, se traslada a planta. Allí el paciente se agita, por lo que recibe Haloperidol. Se requiere al psiquíatra de guardia que informa: "*el paciente está somnoliento y resulta inexplorable. La familia refiere que después de los primeros mareos que presentó en el domicilio, comenzó a presentar ideas autorreferenciales de persecución, desorientación tempero- espacial, inquietud psicomotriz, insomnio y pensamiento disgregado. Juicio clínico: Delirio no filiado. Recomendación de seguimiento psiquiátrico. Posible origen isquémico*". Indica Haloperidol si se agitase en gotas o vía intramuscular. No recomienda benzodiacepinas.

En el transcurso de la noche el paciente fallece.

Independientemente de los conocimientos de medicina que se tengan, es evidente que éste no es un caso de suicidio asistido, ni de eutanasia. Tampoco es en un primer momento un caso de un paciente terminal. La situación es en principio una situación aguda que tiene muchas posibilidades de ser superada a través de una intervención (colocar un marcapasos) que tiene muchas indicaciones para este caso en concreto y muy pocas contraindicaciones.

Pero el paciente alegando sus propias razones, al parecer bien argumentadas y estabilizadas en el tiempo, rechaza el tratamiento adecuado (implantarse un marcapasos) y de ese modo se convierte en un paciente terminal. Es decir, el paciente de algún modo al tomar desde sus propios valores la decisión de negarse al tratamiento, decide como consecuencia que va a morir.

Si aplicamos a este caso la metodología presentada anteriormente diríamos que el conflicto que se genera no está situado en el nivel público: el paciente no ha sido discriminado y además se le ha indicado y propuesto el tratamiento correcto para su situación.

El conflicto surge en el nivel privado. El paciente, paciente que competente y capaz, toma su decisión autónoma sin ser sometido externa o internamente a ninguna coacción. Además la familia, que probablemente conoce bien los valores del paciente, lo comprende y lo apoya. Podemos pensar que lo que ha ocurrido en este caso es que algún o algunos profesionales de la salud se sienten en la obligación moral de salvar la vida de este hombre, probablemente porque dichos profesionales poseen un código moral personal en el que el valor de la vida es superior al valor de la libertad. .

En un primer momento los profesionales se sienten obligados a aceptar la decisión del paciente Como muy bien refleja el cardiólogo en su nota de la historia, de no hacerlo deberían solicitar la autorización de un juez. ¿Por qué de un juez? Por una razón muy simple el respeto a la autonomía del paciente es a la vez un problema de justicia, pues todos tenemos derecho a que se nos respete en nuestras acciones y hasta el punto es así que nuestra legislación obliga a cualquier profesional de la salud a solicitar una autorización judicial para imponer en contra de su voluntad un tratamiento a un paciente competente e incluso incompetente si no está declarado legalmente incapaz.

Además este caso acaba mal, no porque el paciente se muera sino porque a partir de un momento se comienza a tomar decisiones éticamente incorrectas que a mi juicio, quizá no al de ustedes, van en contra del principio de absoluta consideración y respeto a este hombre. Se espera a que el paciente esté incompetente para que dé su consentimiento a la operación y así evitar llamar a un juez. Es precisamente en ese momento donde no tiene sentido aceptar la decisión del paciente. Además se hace la intervención a un momento en que ya el deterioro general del paciente es tal que probablemente las contraindicaciones de la misma superan a las indicaciones. Si esto es así, se está lesionando al paciente en su integridad física y psíquica, con lo que no se está respetando el principio de no maleficencia, sino que probablemente se está sometiendo al paciente a un "encarnizamiento terapéutico".

Me gustaría que no pensaran ustedes que este caso es poco habitual; desgraciadamente no es así. Los profesionales de la salud han sido formados en su mayoría en la ética hipocrática paternalista exacerbada e incluso distorsionada por la euforia de la técnica. Los médicos hipocráticos sabían bien determinar cuándo un paciente estaba desahuciado y sabían dejar de intervenir para dejar paso a otros profesionales, normalmente al sacerdote. Sin embargo las nuevas generaciones del profesional de la salud han sido formadas en una idea absolutamente equivocada; la idea de que su función es vencer a la muerte, idea que cuanto menos pudiéramos considerarla irreal e incluso delirante porque el fracaso está asegurado de antemano. Si a esto añadimos, un sentido social que considera el valor de la vida en el ámbito de salud, no así en otros ámbitos desgraciadamente, como el valor supremo, sin apenas excepciones, es bastante fácil llegar a situaciones como las de este caso.

He querido presentar este caso para evitar crear la sensación de que los problemas y conflictos éticos al final de la vida son solamente el suicidio asistido y la eutanasia. El problema más frecuente a mi juicio es la falta de respeto a las decisiones, los valores y las opciones de los seres humanos sobre cómo quieren vivir el final de su existencia y el último acto de la misma, su muerte.

El "rechazo al encarnizamiento terapéutico", la necesidad de humanizar el proceso del morir hasta el punto de considerarla en "éxito de la asistencia de la salud" y el respeto a los valores de los pacientes y en concreto el dar importancia y valor a los testamentos vitales son a mi juicio los principales retos de la bioética en la actuación con los pacientes terminales.

Conclusiones

Cuando los jóvenes te dejan a oscuras, siempre habrá un viejo ofreciéndote una vela

Conclusiones

Nuestro tiempo se esta caracterizando porque nuestra población esta envejeciendo, actualmente el 54% de la población en México es adulta. En 10 años mas el 65% de la población será de personas adultas, ya dejamos de ser un país de jóvenes, tenemos que hacernos conscientes de esto.

El grupo poblacional con un crecimiento acelerado es el de los adultos mayores de 60 años. Estos cambios demográficos ya se dieron en los países desarrollados hace 50 o mas años y estos han resuelto esta problemática haciendo las adecuaciones necesarias en las leyes de acuerdo al peso especifico de los mismos adultos mayores. En el aspecto de trato a los jubilados lo han resuelto dando buenas pensiones que les permiten vivir con dignidad; en nuestro país vemos que muchas de estas poblaciones viven en colonias de jubilados extranjeros con muy buen nivel en el estado de Morelos y la zona del bajío. Pero esta solución parece que empieza a preocupar a esos países ricos, porque entienden que ninguna economía estatal es tan solida como para sostener a una tercera edad que esta creciendo contante y aceleradamente, por lo que se requiere encontrar nuevos caminos de solución.

En México y en nuestro caso en el DF, tenemos una sociedad que no se preparó para tener una gran cantidad de ancianos y ancianas. Como siempre, lo urgente se convirtió en prioritario frente a lo importante; así que si alguien ha tenido que esperar hasta ahora, han sido justamente los adultos mayores.

Durante 5 siglos se ha podido ignorar a esta población de la tercera edad y la sociedad justifica su actitud con unos cuantos asilos, albergues y clínicas psiquiátricas, desde luego insuficientes, pero que nos permiten acallar nuestras conciencias. Algo que se esta haciendo.

Las pensiones de nuestros jubilados también son insuficientes para permitir una vida, ya no digamos digna, sino de sobrevivencia. Tenemos que hallar nuevos caminos de solución.

En 1982 en Viena, en la Asamblea Mundial del Envejecimiento se dieron algunas recomendaciones que nos parecen importantes porque reflejan una realidad que se pretende ignorar al formular las políticas sociales hacia la tercera edad:

- Es cada vez mayor el numero de adultos mayores en mejor estado de salud de lo que venia sucediendo hasta ahora, eso lo estamos confirmando.
- La ciencia ha demostrado la falsedad de los estereotipos sobre la inevitable decadencia que entraña la edad; la vejez no es sinónimo de enfermedad, eso se ha repetido muchas veces en este trabajo.
- La enorme diversidad de situaciones de la tercera edad también requieren una diversidad de políticas sociales.
- Se reconoce la necesidad de que los adultos mayores participen en la formación, desarrollo y operación de los programas sociales que les atañen.

Todo este planteamiento supone el rescate de valores y una nueva cultura que modifique la imagen que se tiene de la vejez.

Estas recomendaciones fueron hechas hace 29 años y no han influido en las políticas sociales hacia la tercera edad en nuestro país y en esta bella capital. Todavía continuamos con nuestro sistema paternalista y burocrático, en donde los adultos mayores no se toman en cuenta para formular los programas de asistencia social; son excluyentes.

Las políticas públicas se dirigen solamente al viejo indigente, enfermo o abandonado, e ignoran a una población que tiene capacidad, experiencia, deseos de seguir participando en las tareas productivas, se les niega toda oportunidad, estas políticas son limitadas, insuficientes y mal orientadas.

Así que la solución esta en la participación de los adultos mayores, nuestro tiempo requiere de la colaboración y de la suma de esfuerzos y del reconocimiento de nuestras capacidades como pueblo, y del pueblo esta surgiendo la solución al envejecimiento de nuestra población. La solución no es crear grandes burocracias que después se convierten en problemas, la solución no es consumir grandes presupuestos que generan corrupción en su aplicación, la solución es crear conciencia del problema y hacerse responsable de su solución; ser actores principales en la toma de decisiones y unir esfuerzos en un objetivo común.

De este trabajo surge un nuevo lenguaje, envejecimiento productivo, organización de los adultos mayores, soluciones integrales, solidaridad internacional, responsabilidad compartida. Hable de productividad, de aprovechar las indudables capacidades que tiene la tercera edad, su fuerza de trabajo, su conocimiento científico y tecnológico, su experiencia empresarial, solamente necesita que se le de la oportunidad y esta ya llego. La clave es la organización, la identificación de objetivos comunes y la reconquista de nuestros derechos y el principal es el derecho a seguir colaborando en el desarrollo de la Ciudad de México.

Hay una tendencia generalizada a pretender que la familia sea la encargada de atender a los viejos, sin reflexionar que la familia ha cambiado, ya no es la misma que a principios o mediados del siglo pasado, la necesidad de buscar mejores condiciones de vida obliga a los jóvenes a emigrar para estudiar o trabajar. Estos jóvenes emigran y ya no regresan al seno familiar, la familia se dispersa.

Por eso es que debemos reacomodarnos, pero sin sacar de la juagada a los viejos. El gobierno como representante de la sociedad tiene que asumir su papel protector con el viejo desamparado, enfermo y/o discapacitado.

La tercera edad es algo mas que alcanzar los sesenta años, es la síntesis de una vida de trabajo, de esperanzas, algunas logradas, otras no, pero al fin vivencias que hacen que las personas que las vivió este en condiciones de ofrecer sus sabiduría a generaciones de jóvenes para que estos alcancen su plena realización como individuos y como parte de la sociedad.

Estos viejos son los forjadores de un país al que contribuyeron con su trabajo y ejemplo en las fabricas, en las industrias y aun provocaron los cambios sociales gracias a los cuales hoy se cuenta con mejores condones de vida en lo social, en lo político, económico, cultural, por citar algunos ejemplos.

Esta infraestructura de hospitales, escuelas, caminos, comunicación, etc., de que goza una sociedad ingrata que pretende olvidar a estos viejos, que con el pago de sus impuestos hicieron posible el que, los entonces jóvenes y ahora adultos , pudieran capacitarse en las profesiones que mas satisfizo, y si fueron estos viejos los que financiaron, y aun lo siguen haciendo porque siguen pagando impuestos (se les margina de sus derechos menos de la carga fiscal), no es entendible porque ahora se les niega la mas elemental ayuda a la que tienen todo el derecho

Deben entender que si ahora son profesionistas y hasta funcionarios públicos, ha sido gracias a la ayuda de los viejos que continúan empeñados en ayudarlos, pugnando por la creación de los mecanismos necesarios de protección, por si llegan a tener la dicha de ser viejos. Algo que deberían

aprender a serlo siguiendo el ejemplo de quienes ya lo lograron y que siguen luchando por lo que creen justo.

Los viejos hacen oír su voz, tras vanos intentos de ser escuchados por autoridades gubernamentales, a pesar de que han participado en campañas electorales, entregado propuestas y recibido a su vez alternativas de solución, que hasta ahora han sido promesas.

Las diversas instituciones publicas y privadas constantemente hacen declaraciones llenas de ardiente entusiasmo, en las que reconocen la importancia que reviste el problema; plantean alternativas de solución, forman alianzas, firman pactos, que, si se cumplieran parcialmente, serian un paliativo y medio para cumplir con lo ofrecido, pero parece que hay el deseo de resolver el problema

Mientras la población joven decrece por las campañas de natalidad, la población de ancianos crece por la baja tasa de mortalidad, llegara el momento en que se den circunstancias similares a las de Europa (el viejo continente) y para entonces el problema habrá rebasado a las organizaciones publicas y privadas, por lo que es primerísimo orden prevenir desde ahora esta alarmante situación.

Con un criterio cronológico ser viejo es rebasar los 60 años de edad; sin embargo, en un país como el nuestro con necesidad de mano de obra calificada, las instituciones publicas y privadas se dan el lujo de enviar a engrosar el ejército de desempleados a personas desde los 40 años. Por lo que seria interesante preguntarse: ¿y a nosotros, al llegar los 60 que nos espera?

Es fácil contestarnos, nos espera la marginación, el desempleo, el miedo a vivir de una exigua pensión (para los más afortunados) o de la caridad publica. Si bien es cierto, es loable el esfuerzo que algunas instituciones publicas y privadas hacen por ayudar a los ancianos mas necesitados a través de asilos, casas hogar, casas de día, clubes y otros tantos, debo recordar que solo en el DF la población de ancianos es cercana al medio millón de personas.

Conscientes de que no hay presupuesto gubernamental capaz de resolver el problema como este lo requiere, hay necesidad de darle un enfoque diferente a la solución, deben participar el Estado, la iniciativa privada y los propios viejos organizados.

Es necesario que sean los viejos los que, con una participación plena, ejerzan el derecho de que les asiste de determinar su futuro con la dignidad que deben tener como seres humanos, como el derecho de llevar una vida natural y social como miembro activo de una sociedad a la que le entrego con su trabajo los mejores años de su juventud y madurez, y que hoy puede ofrecer toda su experiencia, todo su conocimiento como se hacia en nuestras antiguas tradiciones cuando el viejo era el eje principal del núcleo familiar.

Viejo no es sinónimo de obsoleto, incapacidad o dependencia familiar o social. Se le margina ante los avances tecnológicos en lugar de capacitarlo; es así como se pierde su adaptación al cambio, cuando debería ser aprovechada su experiencia, de esta forma ingresa a un grupo poblacional que, al ser cada día mayor, tiene repercusiones económicas, políticas y sociales con características propias y, lógico, diferentes de la sociedad a la que pertenece.

Aseguro que la vejez no tiene porque ser un problema social, es el momento de presentar alternativas de solución a mediano y largo plazo que conlleven el objetivo de hacer más humana y más digna la solución de esta problemática.

Debemos reconocer plena y orgullosamente, que nuestra Constitución Política protege a todos los ciudadanos mexicanos sin distinción de raza, sexo, color, menos por edad, en sus artículos 1º, 4º y 123º; sin embargo, parece ser que estas garantías son en forma enunciativa, un tanto abstractas: libertad, educación, igualdad entre hombres y mujeres, salud, trabajo, igualdad ante las leyes y tantas otras que podría enumerar; entonces, ¿Qué hace falta para su aplicación practica y que sea realidad lo escrito en nuestra carta magna?, ¿Qué tanta sangre y sacrificios costo? Legislar, solo legislar y crear los mecanismos necesarios para su aplicación.

Se puede argumentar que para ello se creó el INSEN, ahora INAPAM, como el organismo idóneo para proteger a los ancianos. Valdría la pena preguntarnos si realmente ha cumplido su cometido. Al leer sus informes nos damos cuenta que el problema ha rebasado en mucho su capacidad operativa; debemos reconocer que ha cumplido una etapa importante de la seguridad social para los ancianos pero, en el inicio del siglo XXI resulta obsoleto, por lo que una propuesta seria elevar a la categoría de subsecretaria la institución encargada de la protección integral del anciano.

Se dirá también que en la Ley General de Salud, los arts. 6, 168, 171 y 465 marcan objetivos de protección a los ancianos. Se nos señalará que en el Código Federal de Procedimientos Civiles, en el art. 170 se dice de la facilidad que otorga el tribunal a los ancianos. También se argumentará que en la Ley de Impuestos sobre la Renta, el art. 70 protege a las instituciones de asistencia a los ancianos.

Que, aunque en la resolución de la miscelánea fiscal, en el art. 182 existe una protección fiscal para los ancianos muy limitada, claro, para los afortunados que tienen una propiedad, los que no cuentan con ella siguen en el desamparo total.

Digamos también que en la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, en los arts. 4o y 5o hay una referencia a los ancianos en desamparo, incapacidad o sujeto de maltrato.

En el Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, el art. 29 dice: "brindará orientación jurídica a los ancianos".

Mencionaríamos también lo contenido en el Código Civil, en la Comisión de Derechos Huma-nos y alguna otra que escapa a mi memoria. Lo anterior, como respuesta a los derechos sagrados constitucionales o tal vez por la recomendación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 y 1991; los Principios de las Naciones Unidas en Favor de la Tercera Edad, o quizá por la declaración de la Federación Internacional de la vejez en 1990; también la de 1980 en Costa Rica, en el Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, donde se diseñó una política sobre la vejez y que se formulara en la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas en 1982 en Viena, Austria.

Antes de emitir un juicio ante lo expuesto, reflexionemos un poco y preguntémonos: ¿Ha sido suficiente para una población de ancianos de cerca de diez millones en la República y cerca de medio millón en el Distrito Federal que crece a una tasa anual de cerca de 5%? ¿Cómo se pretende resolver el problema? ¿Qué nos depara el futuro como individuos y como sociedad?

Para tener una idea un poco más clara demos un vistazo a los criterios de especialistas en la materia.

¿Qué debemos entender por vejez? ¿Acaso será esa etapa de la vida en la cual la enfermedad, la decadencia funcional y atrofia de nuestro organismo nos conducen a la depresión, a la tristeza, a la falta de interés? Situación que puede conducirnos hasta el suicidio.

Por ventura, ¿es esa etapa de la vida a la que la sociedad misma pretende llevarnos con sus sistemas de jubilación y retiro obligatorio, aislamiento, marginación, falta de oportunidades de realización, inducirnos a una pasividad que nos conduzca irremediablemente hasta el túnel sin salida de la muerte? Ver deambular por las calles a ancianos deprimidos con claros signos de decaimiento, sin esposa ni trabajo. A veces, en la muerte de su pareja, en los cambios físicos de su cuerpo, en su palpable impotencia para autoabastecerse y más que pudiéramos anotar, irremediablemente lo llevan a la más espantosa depresión senil, a la demencia y a tantas otras enfermedades, todas mortales por su propia naturaleza.

Lo triste es que cuando vemos a alguien así, lo primero que pensamos: "es normal, ya está viejo". ¿No pensamos que es un enfermo como cualquier otro y lo que necesita es un tratamiento médico adecuado pero no confinarlos en asilos que parecen más antesalas de la muerte?

Los factores externos obligan al anciano a cambiar su forma de pensar y de ser, a dejar de luchar y, si a todo esto agregamos enfermedad, invalidez, soledad, falta de afecto, diabetes, osteoporosis, problemas cardiovasculares y, en general, un deficiente sistema inmunológico, el cuadro está completo, no hay nada que hacer porque es un candidato firme y seguro al panteón.

Que hay antidepresivos modernos, eficientes psicoterapias individuales, cierto, pero sólo para quienes pueden pagarlo. Como cierto también es que los años no pasan en vano y que nuestras funciones declinan, que hay que tomar medicamentos para controlarlos, pero esto no es el fin. Desde que nacemos vamos camino a la tumba, y si todos vamos inexorablemente para allá, entonces preparémonos individual y colectivamente antes de que el problema nos rebase y sea demasiado tarde.

Día a día los nacimientos disminuyen, a la vez que las perspectivas de mayor duración de la vida aumentan. En este proceso irreversible están involucrados todos los países empezando por los más industrializados, convirtiéndose el problema, además de biológico, en económico-social que provoque una disminución en la productividad y perder así la competitividad en los mercados, lo que transformaría el problema inevitablemente en una carga social a través de pensiones, servicios de salud y, en general, servicios y atención a la población de ancianos. Inclusive podría llegar a ser tan grave esta problemática que retrasaría el avance técnico y el progreso de cualquier país. Se vería reflejado en el ingreso bruto y en la balanza de pagos, si el envejecimiento poblacional alcanza su nivel máximo.

Todos los programas sociales y de protección a los ancianos obligadamente caerían sobre los hombros de las generaciones jóvenes y adultas productivas y esto es en verdad un problema para reflexionar y pensar detenidamente cómo resolverlo.

Aunque tal vez la solución no sea tan dramática como parece serlo y sólo se trate de planificar la producción y competitividad sin eliminar a los viejos; al contrario, capacitarlos con base en el desarrollo de sus potencialidades para que alcancen la perfección en el trabajo, se superen y se mantengan a la par con el desarrollo técnico del país, la automatización, la cibernética, la informática, entre otros muchos adelantos que ayudarían sustancialmente.

En otras palabras, el problema sólo se resuelve si se logra adaptar al trabajador anciano física y mentalmente a su empleo y quedar activo mientras su condición física lo permita.

¿Utopía? ¿Por qué no vemos el problema desde otro ángulo? Llegar a los 60, 80 o más años no es un problema. El problema es aprender a "saber envejecer". Es decir, llegar con un estado físico y mental menos afectado por las enfermedades. Esta meta de un envejecimiento con salud, dicen los

especialistas, no es inalcanzable, por el contrario, estudios de laboratorio en universidades con programas y proyectos geriátricos y gerontológicos demuestran que esto es posible. Los más recientes descubrimientos científicos apuntan en el sentido de que muchas de las disminuciones de las funciones atribuidas al envejecimiento, como la senilidad, insuficiencia cardíaca, osteoporosis, entre otras, pueden evitarse.

Actualmente, gran cantidad de personas escapan a los "moldes estereotipados de viejo acaba-do" y conservan la alegría de vivir hasta el último minuto de su existencia, de donde podemos afirmar que el envejecimiento es modificable, que los principales elementos del mismo se pueden retardar y aun evitar. La misma genética ya no juega un papel determinante, ni siquiera en los perfiles desfavorables del colesterol, funciones pulmonares y diabetes. Es más determinante el medio ambiente y, por encima de estas consideraciones, es la educación el medio más importante para ayudar a predecir la longevidad; ahora el reto es desarrollar nuevas estrategias contra el envejecimiento, aplicarlas amplia y masivamente en una de las empresas más ambiciosas que el hombre jamás haya intentado.

Para vivir bien y muchos años es necesario tener la alegría de vivir, satisfacción en lo que se hace, amar la vida y todo lo que ella representa, en suma, esto lo logran los que han amado y andado mucho. Los ociosos, los sedentarios, los temerosos, los torpes física e intelectualmente, entre otros muchos, si llegan, lo hacen arrastrando su cuerpo y su espíritu.

El anciano activo no tendrá la capacidad física de un joven, pero puede desarrollar igualmente la mayor parte de las funciones laborales y profesionales. De ahí que afirmamos: el anciano debe permanecer siempre en actividad hasta el último minuto de su existencia. Sólo necesita que se le dé una educación, que se le dé una nutrición adecuada a su estado físico, no con prohibiciones, sino con una dieta que le permita a su cuerpo responder satisfactoriamente en estos años, que serán tanto y tan felices cuanto más se haya preparado para llegar a esa edad, pensando en vivir tranquilo en un ambiente lo más cercano a la naturaleza, ésa es la fórmula mágica para alcanzar la edad dorada.

Otro antecedente que sería bueno recordar es el siguiente: al revisar los conceptos que nuestras culturas prehispánicas tenían del anciano, encontramos que eran considerados fuentes de experiencia, conocimientos y guardianes de las tradiciones, en suma, eran la síntesis de la sabiduría.

Era tal la veneración por los viejos que, además de festejos y ritos, les dedicaban dioses en sus respectivos panteones: Huehuetéotl entre los aztecas, Itzamná entre los mayas y se les concedía una época del año para ser venerados. Lapso que empleaban en transmitir a los jóvenes consejos sobre la vida, sus conocimientos, los grandes secretos acumulados en su vida, la tradición ancestral para que, a su vez y en su momento, fueran ellos los transmisores de esos conocimientos a otras generaciones.

Gastamos planas y planas en hablar del valor de la experiencia y en lanzar loas a la sabiduría de los mayores, pero en la vida cotidiana se vuelven como los muebles viejos: ocupan mucho espacio, están fuera de moda y en ocasiones hasta estorban. Demos una mirada a algunas realidades:

- Si no hay trabajos remunerados para los ancianos, ¿cómo caramba queremos que sean autosuficientes? Para las familias puede ser muy pesado tener que cuidar, atender y proveer a una boca más, pero para el anciano es también incómodo y humillante el hecho de verse reducido a la condición de dependiente. Es mortificante si tiene capacidad de trabajo, pero no hay oportunidades para desarrollarlo. Más vergonzoso cuando ni siquiera hay opciones para elegir. Totalmente desesperanzador al tener conciencia de que con esta probabilidad de

vida incrementada, la dependencia se prolongará mucho más, quién sabe hasta cuándo.

- En una sociedad que rinde culto a la juventud, a la fuerza y a la belleza (que por fortuna aún tiene sus puntos de fuga en algunos sectores minoritarios), la persona de edad no cabe. En una sociedad donde la palabra viejo se emplea peyorativamente, a manera de insulto (¿habrá que avergonzarse y ofrecer disculpas por ya no ser joven?). Ser joven o viejo no es producto de una elección personal, es simplemente parte de una secuencia natural biológica a la que, hasta ahora, todos tendremos que someternos.
- En algunas de las instituciones sociales donde se labora con ancianos, sorprende la semejanza que se mantiene (tanto en forma de trabajo como en actividades) con los jardines de niños, incluyendo sólo cantos, manualidades, juegos, etcétera. Llegar a la vejez no es volver a la infancia, ¿por qué no retomar los modelos de otras organismos donde se atiende a los intereses de los participantes? Hay una experiencia de vida previa, hay conocimientos, capacidad de aprendizaje y expectativas de futuro. No se trata de llenar un tiempo muerto y vacío, sino de continuar y seguir construyendo un proyecto de vida.
- Los conceptos de infancia, juventud y vejez han sido construidos socialmente. Hasta ahora nos cuesta un enorme trabajo asumir que la vida no acaba a los 60 o a los 70. Que los viejos (como cualquier otro ser humano) tienen también derecho a ejercer una sexualidad, a participar social y políticamente, a tener un proyecto propio. ¿No será tiempo de revisar el concepto de vejez? ¿Es un conflicto que el abuelo se enamore o la abuela tenga sus pretendientes? ¿Cuál es el problema de que los ancianos decidan que pueden y quieren participar en manifestaciones, marchas y demás? ¿Dónde está el desfiguro si la gente mayor sale a bailar?
- La vejez es un asunto social. Tan es así que en la Asamblea General de las Naciones Unidas del 16 de diciembre de 1991, se aprobaron los "Principios a favor de las personas de edad", donde se establecen el derecho y la obligación de los países para que los ancianos tengan acceso a educación, trabajo, participación, cuidados, autorrealización y dignidad. Nada que no deba ser también derecho de cualquier persona independientemente de su edad; pero con la complicación de que a la gente mayor y a sus familias se les hace sentir que es un problema individual, un tanto ajeno a las obligaciones del Estado. Algo así como un asunto de buena o mala suerte, dependiendo del caso.

En los países de la cultura occidental, tecnológica, donde lo que no es nuevo hay que tirarlo, lo mismo se hace con los seres humanos, y eso es una tontería. En la cultura norteamericana todos tienen que ser jóvenes y lindos.

Hay una etapa de la vida en que uno es niño, otra en que es joven, otra donde es adulto y otra donde es viejo. Nosotros atravesamos las cuatro etapas de la vida, si negamos una, vamos a tener problemas. Si se nos niega la infancia vamos a perder la creatividad, si se nos reprimió la adolescencia, vamos a perder la rebeldía.

Lo importante es seguir creciendo, es como pasar por distintas estaciones. En cada una hay que bajarse y tomar el otro tren (son las crisis evolutivas). Algunos se bajan en una y ahí se quedan, no siguen en el viaje de la vida.

La concentración urbana genera la familia nuclear: papá, mamá y uno o dos hijos, donde es tan pequeño el espacio, que no cabe el abuelo, va al geriátrico, después tienen que mandar al nieto a la

guardería, pero ¿quiénes son los mejores cuidadores para el nieto? el abuelo y la abuela. ¿Qué mejor maestra jardinera que un abuelo o una abuela? Ambos están fuera de la producción, fuera de la tensión necesaria para la lucha cotidiana, ambos están en el mundo de lo imaginario.

La salud, entendida en un sentido amplio, es un campo de conocimiento y de prácticas sociales complejas donde convergen diversas miradas que explican este fenómeno desde distintos planos de análisis; por ejemplo, desde los procesos celulares (que tienen que ver con los procesos de producción y consumo de energía, con la regulación del metabolismo y con el mantenimiento de la función y la estructura corporales) hasta las formas de dar significado y sentido a todos estos procesos que tienen lugar en el organismo, sin olvidar las acciones y comportamientos que se llevan a cabo individual y colectivamente. La complejidad inherente a esta noción se reconoce actualmente a través de la necesidad de utilizar abordajes teóricos y metodológicos que superen los límites disciplinares para el estudio de la salud y la enfermedad, y que generen soluciones tanto para problemas que han quedado latentes como para aquellos surgidos por causa de la estructura del nuevo orden mundial.

En la entrada del Museo de antropología se exhibe una maqueta de la caza de un mamut. En ella se observa como una decena de hombres rodean y dan muerte al mamut, al hacerlo caer en una emboscada. Esta imagen viene a colación porque soy de la idea de que un problema multicausal (que de hecho son casi todos), debe tener una solución multi o transdisciplinaria, holística e integral bajo la intervención de uno o más colectivos. Un individuo no puede solucionar por si solo un problema con facilidad, si acaso le dará un paliativo que retrasara las consecuencias finales pero la problemática regresara tarde que tempano.

Con la problemática del adulto mayor del DF sucede ello. Sería muy fácil de mi parte dictar conclusiones-soluciones pragmáticas, mesiánicas y de tajo. Pero no debe ser así, los ancianos no deben ser responsabilidad de un solo ente llámese Estado, sociedad, familia o el mismo anciano; y bajo una o más reglas grabadas en piedra y guardadas es un arca volviéndolas inamovibles.[286]
Todo lo que nos rodea está en constante cambio y evolución, nada es estático ni ajeno. Es por ello que se debe formular consenso con todos los implicados y vincularlos por medio de la participación en este proyecto, ya que todos llegaremos a formar parte de ese grupo hasta ahora vulnerable, y continuar siendo propositivos y participativos a futuro.

Por mi parte me queda hacer unas recomendaciones desde mi experiencia académica, profesional y personal, las cuales

De nada servirá que el poder Legislativo y Ejecutivo formulen y ejerzan mejores políticas públicas si estas no son accesibles, si no se informan los alcances, si no se toman en cuenta las verdaderas necesidades generales y particulares del propio anciano, y lo más importante de todo; si este no es participe del proyecto.

Se debe devolver al anciano su estatus dentro de la familia y la sociedad, devolverle su dignidad, utilidad y productividad como guía, persona con experiencia; y que aún puede realizar diversas funciones, reinsertarlo como miembro de la familia y dejarlo de ubicar como el mueble obsoleto

---

286 Hago referencia al Arca de la alianza. Según la tradición judía y cristiana, el Arca conocida como Arca de la Alianza, Arca del Pacto, o Arca del Convenio (hebreo: ארון הברית), nombrada también como el Arca de Yahveh o Arca del Testimonio, Se trataba de una caja o arca sagrada que contenía las dos tablas (los Mandamientos o "Las Tablas De La Ley") que, en la Biblia, fueron escritas por Dios mismo y entregadas a Moisés en el Monte Sinaí, la vara florida de Aarón y un vaso de maná. Se guardaba en el Templo de Jerusalén y se llevaba al frente de batalla cada vez que había una guerra. El Arca simboliza la unión de Yahveh con el pueblo, y a ello debe su nombre. Se cree que desapareció con la destrucción del templo de Jerusalén por el rey Nabucodonosor II.

El Arca estaba situada en el sancta sanctorum o lugar más sagrado del tabernáculo o del Templo. Su utilidad fue variada, pues esta no sólo estaba destinada a contener elementos sagrados, sino que además tenía fama de ser un arma capaz de proteger al pueblo elegido, siendo brazo ejecutor de los castigos de Yaveh. Los significados del Arca iban más allá de lo simbólico: tener el Arca era tener a Dios, con ello las respuestas y el conducirse en la vida de forma correcta.

que es para las sociedades modernas.

El propio anciano debe entender que no es el final de sus días sino una nueva etapa de la vida.

La Promoción de la Salud surge precisamente en este contexto, como saberes y prácticas en los que se sintetizan estas miradas. Por tanto, el estudio de problemas identificados desde la Promoción de la Salud requiere de un abordaje teórico, metodológico e instrumental a través del cual sea posible estudiar la salud y la enfermedad en su sentido amplio, diverso y comprensivo. Ello no quiere decir, en todos los casos, que sea un imperativo la utilización de diversos marcos teóricos, metodologías e instrumentos para abarcar los diversos planos de análisis; más bien, con ello se quiere decir que se abre la posibilidad para que, desde el plano de análisis en el que se problematiza el objeto de estudio, se incorporen elementos necesarios que hagan posible la construcción de un proceso transdisciplinario, holístico e integral.

En este sentido, es que considero pertinente el haber puesto a disposición del estudiantado de Promoción de la Salud diversas opciones para el análisis, la reflexión, la crítica y la solución de problemáticas en las que como estudiante demuestre los conocimientos, habilidades y capacidades como futuro profesional, ya que limitar esta posibilidad a una sola opción es circunscribir, también el campo de la competencia profesional, que requiere de formas de expresión tan diversas como su naturaleza. En este sentido, uno de los ejes fundamentales del modelo de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México consiste en la exigencia en desarrollar un pensamiento propio, autónomo y crítico, en relación con los problemas y conocimientos afines al programa de estudios que realizan; y uno de los espacios privilegiados para que los estudiantes formulen y consoliden dicha perspectiva autónoma es la realización de este trabajo recepcional.

La puesta en práctica de estos planteamientos implica la activa participación en el propio proceso de aprendizaje de modo que como estudiante y profesional de la salud pueda adquirir los conocimientos y habilidades para ordenar ideas. Dicho proceso de aprendizaje requiere de la reflexión y del ejercicio de formulación de argumentos propios en el campo de conocimiento en que se preparan, en este caso de la Licenciatura en Promoción de la Salud. Esto significa que de manera consciente, informada y crítica, se opte por una postura específica frente a la problemática, los referentes conceptuales y rutas metodológicas que son inherentes, en lo particular, al ámbito de la Promoción de la Salud y, de manera general, al vínculo entre Ciencias y Humanidades.

En lo que corresponde al tema de este trabajo debemos preguntarnos ¿qué entendemos al escuchar el término de salud? Al igual que otros instructivos culturales, tenemos que son inherentes al ser humano, que funciona de manera autónoma, en la promoción de la salud bajo el modelo emancipatorio se entiende como *"…la capacidad del sujeto individual o colectivo de mirar al pasado para gobernar el presente para la construcción de futuros viables"*[287], por lo que retoma la definición de la OMS, lo que la OMS entiende por salud es, un estado completo de bienestar físico, mental, social y no solo la ausencia de la enfermedad, las palabras que ahora acompañan a esta noción de salud son equilibrio, capacidad, bienestar y deseos de desarrollar todas la realidades de nuestro México. La salud según John Jairo Cárdenas, es *"como un desequilibrio armonioso espontáneo y en torno del cual confluyen diversos factores, y en contraparte, la enfermedad se puede definir como la emergencia y predominancia unilateral de un factor o factores determinados que actúan en detrimento de la complejidad biológica y social, y que inducen una situación cuyas manifestaciones son el dolor, la disfunción multiorgánica y finalmente la muerte"*.[288] Las dos entidades están vinculadas entre sí, siendo difícil su delimitación. La salud, como punto de

[287] Chapela, M.C.; Jarillo E.C., *Promoción de la salud, siete tesis del debate*.

[288] Cárdenas, John, Garbiras, Alberto, *Terrorismo, Globalización y Estados-Nación* p 218

conjunción de factores de distinto orden, debe ser visualizada como un lugar crítico que articula lo individual y lo colectivo, lo biológico y lo social, el cuerpo y la mente, la economía y la política, etc. Desde este enfoque, la enfermedad se corresponde con latencias que afloran en coyunturas específicas del cuerpo social e individual, a partir de ciertos tipos de desorden, siendo por tanto, una expresión fenoménica no susceptible de clasificar a partir de una etiología única. Esto se vuelve una fantasía inalcanzable en México, al menos hasta nuestros días y más aún para los olvidados (por las políticas federales) ancianos.

Es por ello que la solución al problema de una vejez mal atendida es el crear desde ahora ancianos saludables por medio de crear adultos saludables los cuales vienen de una generación de niños saludables y a los cuales las políticas públicas del gobierno brinden el apoyo y oportunidades necesarias para desarrollarse acorde al proyecto personal y colectivo de cada sujeto, hacer que las medidas gubernamentales dejen de ser económicas y vuelvan a ser éticas.

Envejecimiento y los factores que influyen

"El envejecimiento es un proceso fisiológico que inicia en el momento de la concepción y se hace más evidente después de la madurez...".[289]

Este proceso está dado por el conjunto de cambios que se asocian al paso del tiempo y que dan como resultado una capacidad cada vez menor de adaptación a los retos de la vida. El envejecimiento no es una enfermedad, pero sí genera vulnerabilidad. Aunque todos los seres vivos envejecen como parte de un fenómeno universal, es un proceso totalmente individual, ya que cada quien envejece de manera diferente. Una forma de explicar el envejecimiento es que éste se da en relación al uso, abuso y desuso de las potencialidades de cada persona.[290]

De la manera en que se utilice el cuerpo, quedarán las reservas del organismo que van a influir en que éste sea más o menos vulnerable a los retos de la vida.[291]

En México y en los países en vías de desarrollo las personas adultas mayores son aquéllas que tienen 60 años o más. En los países desarrollados o ricos es a partir de los 65 años.

Es importante analizar los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol y tabaco, así como el tipo de actividad física que se realiza, para evaluar si algo se puede modificar en beneficio de una vejez más saludable.

Envejecer acarrea cambios en todas las áreas de la persona y conlleva una disminución funcional generalizada, así como a una disminución en la capacidad de adaptación del organismo a través del tiempo.[292] Esto sucede en los individuos de distinta manera y a distintas edades.

El aumento de la esperanza de vida también puede propiciar que el organismo se deteriore por diversas enfermedades que se van presentando; es por ello que dentro de las muchas necesidades de

---

289 Rocabruno, Mederos Juan Carlos y Osvaldo Prieto Ramos, *Gerontología y Geriatría clínica*, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, Cuba, 1992. pág. 99.

290 Rodríguez García, Rosalía, *El proceso de envejecimiento*, Areópago, Rev. Memoranda, ISSSTE, México, Núm. 8, Oct-dic. 1997, pág. 5.

291 Idem

292 Gutiérrez Robledo, Luis Miguel, *Principales problemas médicos en los ancianos, Seminario: La situación de los adultos mayores en el DF: Elementos conceptuales para un modelo de atención*, México, GDF, Secretaría de Desarrollo Social-Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México, 1999. pág. 31.

la población adulta mayor se encuentra la de salud. Gracias a la tecnología se ha logrado que las personas vivan más años, (de 1950 a la fecha, se han ganado aproximadamente 20 años), por lo cual, las recomendaciones de la política de salud internacional, se programan ahora para que las personas vivan esos años ganados de una manera más saludable y funcional, agregando vida a los años y no sólo años a la vida.

Entre todos los elementos necesarios para conseguir una mejor calidad de vida, están los principios básicos de prevención y autocuidado de la salud que intervienen sobre las causas que pueden perjudicar el organismo de las personas adultas mayores y que cada vez más forman parte de los conocimientos de las personas en general.

La columna vertebral del sistema de salud es la atención de primer nivel[293] y de ésta lo es la medicina preventiva. A su vez, el núcleo de la medicina preventiva es la profilaxis, la cual se define como el conjunto de medidas encaminadas a la prevención de enfermedades y a la protección de la salud del individuo.

La medicina preventiva o profiláctica[294] pertenece a una medicina moderna, tiene las características de ser menos costosa que la medicina curativa y su utilización permite llegar a una edad avanzada más saludable e independiente. Una de las formas de ponerla en práctica es a través del autocuidado.

La enseñanza del autocuidado busca proporcionar experiencias que permitan reconocer cuáles son los problemas de salud menores y cuáles son los que requieren de la asistencia de un profesional o de una institución de salud. Simultáneamente, con esta educación se está generando una mayor responsabilidad por parte de las personas respecto a su propio cuidado, además de enseñarles a utilizar los servicios que existen a su alrededor.

Está comprobado que las personas adultas mayores están interesadas en tener información y entender sus problemas de salud, así como de participar en su control y manejo. También es común que las familias tengan ese mismo deseo. Esta idea se puede enriquecer con el concepto de geriagogía que significa enseñar a envejecer como una tarea social pues involucra a todas las personas. Muestra que, si bien la vida cambia no impone necesariamente limitaciones y que, aun en las últimas etapas del ciclo vital, las personas pueden estar llenas de experiencias y ser socialmente constructivas.[295]

Es conveniente acudir a las pláticas que se dan continuamente sobre el cuidado de la salud en las distintas delegaciones políticas del Distrito Federal, en los clubes de la tercera edad y en los centros de salud más cercanos a su hogar.

Las revisiones médicas preventivas en las personas adultas mayores son necesarias por lo menos una vez al año, aunque no haya síntomas o enfermedad. Los exámenes regulares son la mejor medicina.[296]

---

293 El sistema de salud se divide en tres niveles de atención: 1er. nivel, el diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades cuya solución es posible a través de una atención basada en recursos de poca complejidad técnica, como planificación familiar y protección de la salud respaldándose en cuatro niveles de prevención. El 2° nivel de atención otorga servicios a pacientes derivados del primer nivel o aquéllos que se presentan con urgencias médico-quirúrgicas cuya resolución demanda la combinación de técnicas de mediana complejidad, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. El 3er. nivel de atención proporciona los servicios de consulta externa, hospitalización y rehabilitación en casos de padecimientos de alta complejidad diagnóstica y terapéutica. Gamble A, R. Villoro y G. Zetina, *Programas de atención a la salud para población abierta en zonas marginadas*, SSA, México, 1995, Manuscrito.

294 La profilaxis especializada en personas adultas mayores se llama gerontoprofilaxis o geroprofilaxis.

295 Stepke F., *Geriagogía: enseñar a envejecer como tarea social*, Acta Psiquiat. Psicol. Am. Lat., 1992;38 (4), 277-278.

296 Se puede consultar la sección de "Análisis clínicos mínimos y específicos" de este mismo Manual.

La herramienta indispensable para alcanzar una mejor calidad de vida es la educación para la salud, porque surge de un conjunto de acciones que se realizan para influir en el conocimiento y en los hábitos de las personas con la finalidad de prevenir riesgos y de proteger la salud; así como generar una mayor responsabilidad sobre el cuidado y la vigilancia de la misma. Para ello, desde 1983 la Organización Mundial de la Salud, quiere lograr una participación más activa por parte de la sociedad en el cuidado de su organismo, fomentando que cada quien adopte una filosofía de responsabilidad en la obtención de una mejor salud, a partir de que:

1. Los individuos deben educarse en los conocimientos y procedimientos a su alcance para conservar y mejorar su salud, al mismo tiempo que evitar daños.
2. Los profesionales de la salud deben convertirse en educadores de sus pacientes y de la comunidad.
3. Los familiares y demás miembros de la sociedad deben ser colaboradores en los procesos de salud de su propio entorno familiar y de la colectividad.[297]

El ser humano debe ser especialista en él mismo, saber más sobre su organismo, aprender a escucharlo y hacerle caso, y también conocer los factores que interactúan con el cuerpo y con todo esto lograr un estilo de vida más saludable.

Al respecto, cabe destacar que casi todos las personas adultas mayores tienen capacidad para poner en práctica la prevención y el autocuidado, además de que son un gran recurso para transmitir los conocimientos que van adquiriendo sobre el tema, tanto a sus amigos como a sus familiares, ya que muchos de ellos pueden mostrarse como un ejemplo de vejez exitosa.

El autocuidado se presenta como un conjunto de decisiones, acciones y estrategias que asume una persona para mantener y mejorar su estado de salud, para prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad. Esto puede ser a partir de guardar las historias clínicas (expedientes), las recetas, los resultados de los análisis de laboratorio, saber cómo tomarse el pulso y la temperatura, llevar un control de peso; por otro lado no aceptar tratamientos que se desconozca su origen y, sobre todo, no automedicarse.

No es necesario ser un experto de las ciencias médicas para lograr estos objetivos, sólo se requiere tener un mínimo de conocimientos y hacer conciencia de que debe practicar ciertos hábitos en forma constante para obtener buenos resultados.

Se debe considerar que además de las acciones preventivas realizadas por las personas adultas mayores como: comer bien, ejercitarse y hacer un correcto uso de las medicinas, no es suficiente. Existe otro nivel de prevención que las personas no pueden hacer por sí mismas; esto es, que deben acudir a servicios de salud preventivos, practicados por expertos en medicina.
La visita a un médico o algún otro profesional de la salud, es importante porque él podrá ayudar a prolongar la salud y la calidad de vida para los años posteriores. Muchas enfermedades graves pueden prevenirse o mantenerse controladas si se detectan tempranamente.

Es conveniente que antes de ir al médico prepare la siguiente lista en la que anote:

1. Los síntomas que se han tenido, por sencillos que parezcan.
2. Los nombres de los medicamentos que se han estado tomando (lo mejor sería llevar en una bolsa las cajas para que el médico pueda saber qué sustancias contienen).
3. Las preguntas que se le quieren hacer durante la consulta para que no se olviden, éstas pueden ser: qué es lo más recomendable para un mejor cuidado de la salud y cómo prevenir riesgos.

---

[297] González Aragón, Joaquín, *El médico y el paciente geriátrico*, Manual práctico, México, s/fecha.

En la visita pueden darse de las siguientes situaciones:

1. El profesional de la salud comenzará preguntando la historia personal**,** ya que en ella se tienen que describir los hábitos de salud (qué y cuántas veces come al día, si hace ejercicio, si bebe alcohol o fuma, si duerme bien o no, etc.).
2. Posteriormente, preguntará sobre la historia médica o clínica. Se debe mencionar cualquier cambio que se haya experimentado en la salud desde la última consulta, hasta el problema más pequeño relacionado con su bienestar físico, síquico y/o emocional, y cualquier modificación en la visión, audición y el equilibrio.

Para complementar la información anterior, vale la pena conocer una cifra estadística de Estados Unidos, que puede ser muy ilustrativa para México:

"De acuerdo con un informe del Cirujano General de los Estados Unidos (equivalente al Secretario de Salud en México) en 1979, de las 10 primeras causas de muerte de ese país, por lo menos 7 podrían reducirse de manera importante si las personas en situación de riesgo mejoraran los siguientes cinco hábitos personales de salud: corregir la dieta, dejar de fumar, tener un nivel adecuado de activación física, reducir el consumo de alcohol y controlar la presión alta. Hoy se ha comprobado que cuando las personas adultas mayores asumen mayor responsabilidad por mejorar su estado de salud, hay resultados muy positivos y que la capacidad para mejorar y cambiar existe en cada ser humano; y que es responsabilidad de cada uno el saber aprovecharla".[298]

Cabe resaltar que, aunque existieran recursos físicos y humanos ilimitados y las tecnologías más sofisticadas para el cuidado de la salud, la presencia de las enfermedades crónico-degenerativas como uno de los problemas de salud pública más importantes, no podrían ser resueltas con un enfoque meramente curativo. Éste sólo tendría el efecto de aliviar algunas de las consecuencias, pero no podría prevenir los factores de riesgo que causan estas enfermedades; es decir, que el impacto que tiene prevenir es muy importante en la salud.

Modelo para armar una vejez plena y feliz

¿Si esta vida sólo se vive una vez, cómo se hace para vivirla de la mejor manera?

Se ha encontrado que la salud y los ingresos son factores estrechamente relacionados con la satisfacción de la vida, ya que esto ayuda a que los individuos sean más activos e independientes. También está comprobado que las personas activas que salen a paseos, al cine, al teatro, a ver amigos o familiares, son más felices que las que permanecen en su casa. Ahora bien, en ocasiones se tienen varias enfermedades simultáneamente y se cuenta con poco dinero, pero en muchos casos esto no es un impedimento para tener una vida autónoma y creativa.

Una estrategia de gran utilidad en la madurez es revisar la vida de una manera completa, resaltando aquellas cosas que signifiquen logros. Esta manera de ver la existencia proporciona a muchas personas un sentimiento de realización, por haber cumplido correctamente sus diferentes roles y de muchas metas logradas.

El amor y la aceptación de sí misma/o implica la aprobación de la vida que se ha vivido, sin pesares por lo que pudo haber sido o por lo que debiera haberse hecho en forma distinta.

Después del retiro, de la jubilación, de que los hijos se van del hogar, a partir de los 60 años o antes de que ocurra todo esto, las personas necesitan redefinir su valor como seres humanos, más allá del

---

[298] Hooker, Susan, *La tercera edad, Comprensión de sus problemas y auxilios prácticos*, Barcelona, Gedisa, 1988.

papel laboral o el que desempeñaron en el hogar. Es conveniente autoexplorarse para encontrar nuevos intereses que tomen el lugar de aquellos que inicialmente orientaron y estructuraron la vida.

Hay que cultivar la riqueza social y mental durante la vejez, y dentro de lo posible, comenzar a centrar la atención en lo satisfactorio que tiene la relación con otras personas, a partir de actividades diversas, eligiendo las que no dependan mucho de esa fortaleza física que va disminuyendo, rescatando a su vez aquellas potencialidades existentes en cada quien.

Una herramienta muy útil para encontrarle sentido a la vida es evitar la soledad, y esto se puede lograr integrándose a un grupo de personas adultas mayores con actividades diversas. Estos grupos están compuestos por personas con inquietudes, intereses y gustos semejantes, lo que propicia que surja una gran variedad de alternativas que enriquecen la vida diaria o también a uno de autoayuda para enfrentar algún reto de mayor dificultad.
Para complementar lo anterior, he reunido algunas recomendaciones expresadas por personas adultas mayores y por investigadores en el tema del envejecimiento:

1. Mantener un régimen de vida variado, que incluya paseos, caminatas y diversiones, alternando actividades físicas con recreativas y de reposo, eligiéndolas según sus gustos y aptitudes.
2. Buscar una actividad que le agrade, hacerla parte de su vida, porque sentirse útil ayuda a emplear el tiempo de una mejor manera.
3. Mantener toda la independencia que su salud y su situación económica le permitan, pero por ningún motivo aislarse. Hacer cosas para sí misma/o y vivir bajo sus propias reglas, ir y venir como desee.
4. Haga ejercicio regularmente, es bueno para el cuerpo y para la mente. Ayuda a reducir la tensión y la ansiedad, además produce una sensación de logro y cumplimiento.
5. Comer de manera saludable. Conocer qué alimentos son mejores para usted.
6. Leer periódicos, libros, revistas, ver programas interesantes y seguir las noticias. Mantenerse informado y atento de lo que sucede en su entorno y en el mundo.
7. Formar parte de un grupo de lectura para intercambiar libros y generar discusiones sobre las lecturas en común; es más barato porque sólo se compra un libro y este es intercambiado con los demás.
8. Mantenerse comprometido con otras personas. Buscar información sobre las organizaciones sociales, la integración como miembro o con trabajo voluntario será bienvenido. Es un excelente pretexto para conocer personas y desarrollar amistades.
9. Si no hay un grupo cerca de su casa hacerlo, propiciar reuniones para leer, platicar, ver televisión, tejer, compartir recetas y experiencias.[299]
10. Cuando tenga problemas, recurrir a su experiencia y a su fuerza interior. Recordar que durante toda su vida ha practicado estrategias de supervivencia. Compartir su fuerza con quien la necesite.
11. Mantener su sentido del humor.
12. Mantener la relación con sus hijos y con sus nietos, aun cuando ellos tengan una vida muy ocupada. Entender que los necesita y ellos también necesitan al adulto mayor.
13. Ser aseado y arreglarse todos los días, dentro de sus posibilidades. Eso lo hará sentirse muy bien.
14. Es muy importante caminar con orgullo, derecho, con la vista en alto, con un rostro alegre, y sin arrastrar los pies. La vejez no es cuestión de años, sino de estado de ánimo.

[299] Para formar un grupo se puede adquirir gratuitamente un ejemplar del *Manual de grupos de autoayuda. Sugerencias para organizar, establecer y dirigir grupos de autoayuda,* Editado por el Gobierno del Distrito Federal.

15. Festejar sus cumpleaños, porque cada año es un regalo. Recordar que envejecer no es un derecho, es un privilegio.

Detalles para convivir mejor:

1. Evitar contar la misma historia a las mismas personas.
2. No extenderse mucho platicando a sus familiares o amigos sobre sus problemas de salud.
3. No abandonar a los viejos amigos, especialmente cuando significan algo importante en su vida; pensar que la vida se va y no tendrá la oportunidad de platicar más con ellos.
4. Evitar enojos y pleitos. El mundo es imperfecto, y las personas se equivocan aunque hayan querido hacer bien las cosas.
5. No asumirse como el experto en todo, dar oportunidad para que otros manifiesten sus conocimientos.
6. Evitar vivir en el pasado. El pasado da para buenas historias, pero a las personas les interesa hablar del presente.
7. Tratar de no convertirse en un gruñón. Ser optimista es mejor. Buscar rodearse de personas interesantes y alegres.
8. No pelear con su familia, sus amigos o vecinos, esto lo puede aislar de los demás.

Se es sano de cuerpo y mente cuando...

1. Se tiene una enfermedad crónica que está bajo control con medicamentos y vigilancia médica continua.
2. Se lleva una alimentación nutritiva, sana y balanceada.[300]
3. Se realiza ejercicio adecuado a las posibilidades y gustos de cada quien.
4. No se restringe innecesariamente en paseos, diversiones, excursiones, visitando amigos y familiares, acudiendo dentro de sus posibilidades a cines, teatros y bailes.
5. Se mantiene activo y dispuesto a conservar la capacidad de gozar de las ventajas que la edad actual le proporciona.[301]

Además, se ha comprobado que las mascotas pueden ser una gran compañía:
Un gato, un perro o un pájaro enriquecen mucho la vida de las personas adultas mayores. La compañía que proporciona un animal no es complicada. Los animales expresan sus sentimientos con claridad, no hacen juicios, no critican, nos aceptan tal y como somos, dan la bienvenida, ayudan a entender el exterior y a sacar a las personas de su aislamiento y soledad. La relación que existe entre los animales y el ser humano es mágica y misteriosa, proporciona compañía, felicidad, motivación, entretenimiento, ejercicio y socialización. Cualquier animal puede servir como acompañante, depende de los gustos de cada quien, de las posibilidades, del espacio con que se cuenta y la situación económica. Los animales son una terapia sin medicamentos, también una responsabilidad y el compromiso con un ser vivo que depende de nosotros.[302]

Conceptos: calidad de vida, salud y funcionalidad

El concepto de calidad de vida tiene que ver con las cualidades valoradas por las personas adultas mayores, como su sensación de bienestar y satisfacción, las cuales resultan de mantener la función física, emocional e intelectual de manera razonable; así como el grado en el cual conservan las actividades que tienen un valor importante para ellos: participar dentro de la familia, en su lugar de

---

300 Se recomienda consultar el capítulo "Nutrición" en este mismo manual.

301 Quintero, Gema, *Educación en la tercera edad*, Taller internacional sobre envejecimiento de la población, CED Universidad de la Habana, Cuba, 1988, pp. 4-5.

302 Rodríguez García, Rosalía, *Animales de compañía*, Areópago, Rev. Memoranda, ISSSTE, México, Núm. 8, Oct-Dic. 1997, p. 5.

trabajo y en su comunidad.[303] Complementando lo anterior, cabe señalar que la calidad de vida sólo puede percibirse como algo individual, interior y cambiante.

La calidad de vida o satisfacción vital se puede interpretar de dos maneras: la objetiva, más o menos medible, en la que se reconocen las necesidades materiales esenciales como la salud, la educación, la alimentación, el empleo, las condiciones de trabajo, de retiro o jubilación, los ingresos y la capacidad económica para adquirir lo necesario; así como la vivienda, las características del medio ambiente y el tiempo libre con que se cuenta. La subjetiva, o que no puede medirse, como la satisfacción, la autorrealización y el desarrollo personal, que van de acuerdo con los valores de vida que la persona considera mejores para sí misma. Ambos conceptos son percibidos en forma totalmente diferente por cada grupo social y cultural.[304]

Existen muchos conceptos involucrados con la calidad de vida, pero para este trabajo nos enfocaremos al de salud y al de funcionalidad, muy necesarios para la autonomía de las personas adultas mayores.

La salud es la capacidad de satisfacer las necesidades sentidas y la aspiración a una mejor calidad de vida. La funcionalidad es la capacidad para desempeñar las actividades cotidianas necesarias para mantener una existencia independiente a pesar de padecer una o varias enfermedades.

Para mejorar la calidad de vida hay que tomar en cuenta los factores que estén más al alcance: cuidar de su salud, consultando al médico una o dos veces al año; buscar alternativas de diversión, entretenimiento y compañía que se ofrecen en los distintos grupos que existen en la colonia o en las delegaciones; encontrar actividades que lo hagan sentirse útil, no importando el valor que le den los demás. Éstas pueden ser: bordar, coser, guisar, cuidar a los nietos, limpiar la casa, tener un trabajo donde se gane dinero, todas son igualmente valiosas.

LO QUE NO SE DEBE HACER	A DÓNDE ACUDIR
• Acostumbrarse a sentirse enfermo o triste. • Sentirse solo y abandonado, inútil y aburrido. • Ignorar las opiniones ajenas o distintas a nuestra forma de concebir la vida, aunque provengan de gente más joven.	• A la Dirección de Desarrollo Social en cada delegación para obtener informes sobre los grupos de personas adultas mayores y las diferentes actividades que realizan. • A Grupos de Autoayuda para los diferentes retos que hay que enfrentar

Una manera de medir y de construir una mejor calidad de vida, puede ser escribiendo ordenadamente algunos aspectos de la misma, como se ejemplifica en el siguiente esquema. En la construcción de esos nuevos objetivos, se pueden encontrar opciones para mejorar la calidad de vida y descubrir una mayor satisfacción por vivirla.

303 Anderson T. Roger, *et al*., *Assesment of Health-Related Quality of Life in Older Adults*, P Unidos, 1998.

304 Rodríguez García, Rosalía, *Calidad de vida*, Areópago, Suplemento Rev. Memoranda, ISSS

La geriatría[305] tiene como principio descubrir el punto de encuentro entre el concepto de calidad de vida y salud, donde cada decisión se hace tomando en cuenta el bienestar y la satisfacción de la persona adulta mayor. Se analiza a la persona en su totalidad, entendiendo que lo que le rodea influye en su enfermedad, por lo que se examina el aspecto individual físico, mental, emocional, funcional y social.[306]

La Organización Mundial de la Salud en su declaración de principios de 1948, definió a la salud como "el completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad o invalidez".[307] De esta manera, se enfatiza que la salud no es patrimonio sólo del cuerpo, sino del individuo en su totalidad.

También, para hablar de salud de las personas adultas mayores hay que hablar de funcionalidad.[308] Vale la pena ampliar este concepto por la importancia que ha tomado su significado en el desarrollo de las personas adultas mayores. La funcionalidad ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud como el mejor indicador del efecto de la enfermedad en el estilo de vida y nivel de independencia de la persona.

La valoración funcional[309] se divide en básica e instrumental o intermedia: La básica es la imposibilidad de salir de un cuarto o una casa sin ayuda, o la incapacidad de realizar las actividades de la vida cotidiana o de "supervivencia" como alimentarse, moverse de un lugar a otro, bañarse o vestirse. Representan menos del 10% del total de las personas de 60 años y más.

La valoración funcional instrumental está relacionada con la capacidad de realizar actividades más complejas como la administración del hogar, del uso del dinero, de actividades laborales, salir de compras o guisar, manejar un carro, todas ellas necesarias para llevar una vida independiente. En este grupo está la mayoría de las personas adultas mayores.

Para cerrar el círculo no se puede dejar de lado el concepto de autonomía, el cual significa la capacidad para actuar y determinar el destino de la vida a partir de la manera de ser de cada quien.

---

305 Geriatría: palabra formada por las raíces griegas *geras* = vejez y *iatreia* = curación. Es la rama de la medicina que se encarga del tratado de las enfermedades de la vejez, Diccionario de las ciencias de la educación, Tomo I, pp. 689, Ed. Diagonal-Santillana, Barcelona, 1984.

306 Rodríguez García, Rosalía, *Op. cit*.

307 OPS/OMS, *Programa de promoción de la salud de los ancianos para Latinoamérica y el Caribe*, basados en la investigación. Informe de un grupo de trabajo, 1990, p. 29

308 Gutiérrez Robledo, Luis Miguel, *Relación entre el deterioro funcional, el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de la población envejecida en México*, Seminario "La situación de los adultos mayores en el DF: Elementos conceptuales para un modelo de atención, perfil demográfico, epidemiológico y sociológico", México, 1999. pp. 38.

309 Gutiérrez Robledo, Luis Miguel, Fernando Rocabado Guerrero, Guillermo Reyes Ortega y José López Franchini, *Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal, Una visión crítica*, Salud Pública de México, nov. dic. 1996, vol. 39, N. 6 p. 489.

Conclusiones finales

Primera.- El ser humano es un ente con infinito poder sobre su entorno, es el único animal que es capaz de adecuar o modificar su medio de acuerdo a sus necesidades. La racionalidad humana es el sustento del señorío del hombre sobre la naturaleza. En la medida en que el conocimiento científico penetra más profundamente en los secretos radicales de la naturaleza, en esta misma medida el poder del saber es más grande, pero también más ambivalente: capaz de hacer el bien o el mal; de tal forma que la voluntad o libertad individual también es parte de ese señorío El positivismo del mundo moderno define a la persona de acuerdo a sus posibilidades de razonamiento, el contenido de su ser depende de la razón. Este racionalismo ha permitido hasta nuestros días inigualables avances científicos y técnicos, pero paradójicamente, ha soslayado reflexiones ético-filosóficas de vital importancia, como el de la dignidad humana.

Segunda.- Si bien Potter fue quien en 1970 le dio el nombre a la bioética, existieron tres factores o momentos históricos que propiciaron su nacimiento y su exponencial desarrollo: la medicina hipocrática, el paternalismo médico y los inimaginables avances científicos del siglo XX. Los elementos propios de cada uno de ellos, no deben ser anulados, sino interpretados en el contexto de la medicina actual. La medicina hipocrática aporta la idea de excelencia, es decir, el deber del médico de ajustar sus conocimientos con su conducta moral, más que por una exigencia legal, por una necesidad ética. En este sentido el médico actual tiene que volver a ser hipocrático, no debe conformarse con un referente jurídico que guíe su actuación profesional, debe, además, desarrollar una reflexión ética. También aquí se incluye en el concepto salud al cuerpo y al alma, por lo que el médico también tenía la obligación de "orientar" al paciente en relación a su vida moral. El médico actual no debe "orientar" la vida moral de sus pacientes, sino promover la deliberación, considerándolos no sólo como cuerpo, como órgano o sistema, sino como persona con múltiples dimensiones que se ven afectadas con la enfermedad. La medicina de corte paternalista mantiene como premisa fundamental el bienestar del paciente por lo que no permite su participación en la toma de decisiones: a la autoridad científica y moral del médico le corresponde la obediencia física y moral del paciente. Sería un craso error que ante las expectativas de este siglo, el médico se mantuviera en el orden clásico de la beneficencia o buscara refugio en la idea liberal de la autonomía, y con esto no se pone en tela de duda la obligación de buscar el bien del paciente, sino el referente y el contenido de ese fin. Las respuestas a los grandes problemas de la humanidad de ayer y de hoy no suelen estar en extremos, más bien en puntos intermedios para elegir la mejor alternativa a partir de la inclusión, de la participación y del consenso. Por último, los avances científicos, sobre todo en el terreno de la medicina, fueron el detonante para las reflexiones éticas acerca de lo que estaba haciendo el hombre. El positivismo que había neutralizado estas reflexiones, sucumbe ante el vacío que experimenta esa ciencia y esa tecnología. Por ello, urge un nexo que vincule ciencia y ética, que lejos de dar preeminencia a alguna de ellas, permita su interacción: facilitando la investigación, impulsando el conocimiento científico, promoviendo valores, aportando mecanismos de toma de decisiones, dialogando con otras disciplinas, etc.

Tercera.- La dignidad es una nota constitutiva del ser de la persona, es decir, toda persona tiene dignidad en tanto que es persona. La dignidad no es un derecho que reconoce u otorga la ley, tampoco es una norma moral que puede o no tener excepciones, no es producto de un constructo social o de las cualidades biológicas o capacidades intelectuales de la persona. La ética y el derecho establecen deberes y obligaciones en relación a ella, pero no la condicionan ni la limitan, sólo aseguran que no se vea afectada por la convivencia social. Las cualidades biológicas del hombre y de la mujer por naturaleza no son iguales, las capacidades intelectuales no son iguales en la edad madura que en la vejez y, sin embargo, la dignidad es la misma en cualquier etapa de la vida, en cualquier rol o condición social, etc. La dignidad humana no está sujeta a referentes ni a circunstancias externos. Como consecuencia de lo anterior, la libertad cobra especial relevancia ya que por medio de ella la persona puede elegir lo que considera bueno o deseable de acuerdo a su

escala de valores o de acuerdo a su idea propia de felicidad. La libertad en este sentido no es un hacer o no hacer, sino exige que la persona ajuste su comportamiento de acuerdo a su naturaleza humana (perfección, excelencia y felicidad) ya que de esta forma se convierte en fundamento de su dignidad y deja de ser mera característica de la persona. La dignidad es algo interno, intangible, no puede percibirse por los sentidos, por lo que la persona tiene que hacer un ejercicio de introspección que le permita conocerse y descubrirla, la persona tiene que reflexionar sobre su propia existencia para relacionarse armónicamente con su entorno, con sus semejantes y con sus circunstancias.

Cuarta.- Cuando la filosofía usa la palabra "persona" se alude a la esencia del ser humano, es pasar de un aspecto material y orgánico a las notas internas que conforman esa esencia. Atacar la dignidad de una persona es agredir el núcleo de su esencia, es agredir aquello que le permite trascender en el mundo. Son la inteligencia y la voluntad las facultades con las que cuenta la persona para lograr esa trascendencia; por tanto, privar a una persona el desarrollo de su inteligencia y el ejercicio de su voluntad constituye una violación a su dignidad, a su ser como persona. Quien busca satisfacer el placer corporal o el bienestar orgánico de otra persona limitando sus facultades, no es congruente con la naturaleza de esa otra persona. Apreciar la dignidad humana no sólo implica el cuidado del cuerpo o de la salud, sino aún más importante, lograr que el entendimiento humano sea capaz de descubrir su propia esencia valorándola y, en consecuencia, protegiendo la de los demás.

Quinta.- Es necesaria la consciencia de la existencia particular, valiosa y digna sin importar las condiciones, ni la edad, ni las situaciones extremas, ni la enfermedad; nada le hacer perder su carácter de valioso, de incondicional, del existir concreto. El hombre en ningún momento puede abdicar de su ser sino que debe afirmarlo incondicionalmente. Ninguna condición es capaz de definirlo plenamente. La condicionalidad lo condiciona, pero no lo constituye. La muerte como caducidad radical aquí cobra sentido ya que el ser humano, en el valor que lo constituye, está más allá de la utilidad en el presente. La esencia ontológica y la esencia ética del hombre impiden a este ser simple órgano, mero instrumento, medio para un fin... El valor a la persona, su dignidad, no debe confundirse con el valor útil que a la persona puede tener y que es diferente de su dignidad. El valor útil de un ser humano nada tiene que ver con su dignidad personal. El valor incondicional es el que la constituye, y por lo mismo es independiente del valor de utilidad. Por ello es que, por ejemplo, la dignidad permanece intacta en los desarreglos psicóticos o en la extrema ancianidad o en la enfermedad última, y por ello es que es exigible un respeto incondicional por cada ser humano.

En esta etapa de la historia con grandes cambios en todos los órdenes y en el derrumbamiento de múltiples esquemas, ideas y formas de vida para dar paso a otras que no alcanzamos a determinar, o en todo caso, a intuir o deslumbrar, es necesario preguntar por aquello que pueda orientar al hombre, facilitándole su proyecto existencial con algo más de felicidad y bienestar. Si el hombre es protagonista de la historia aquello que pueda otorgarle una más adecuada convivencia con algo más de bienestar, tiene que ser el hombre mismo con sus actos y decisiones. Estos actos y decisiones tendrán como centro de apoyo su propia condición de ser humano. De aquí la importancia y tarea de una educación humanista en hombre del nuevo Siglo. Recordemos, el auténtico desarrollo es el que favorece el perfeccionamiento de la persona humana y el que tiene un sentido del bien común, no el que agudiza las diferencias sociales y fomenta la desintegración espiritual del hombre.

Sexta.- El fin de la vida humana encierra una gran cantidad disensos producto de lo complejo que puede resultar la toma de decisiones, por lo que el estudio de los dilemas o problemas éticos que se presentan en el envejecimiento de la persona no se puede enfocar a resolverlos de una vez por todas, la bioética de ninguna manera puede aspirar a la condición de absoluta, de modo que anule completamente cualquier reflexión posterior. El esfuerzo que exige la atención del adulto mayor

hace necesario que las personas involucradas en su vida "(familia), en sus cuidados (equipo de salud) y en su desenvolvimiento (sociedad) comprendan adecuadamente sus necesidades biológicas, sociales, emocionales, espirituales, etc.; que permitan la confluencia de los argumentos de las distintas posturas, su peso y sus limitaciones y; que las facultades de análisis y decisión del adulto mayor, más que soslayadas, se vean acompañadas por la intención de deliberación e integración de tal modo que se puedan tener elementos suficientes para la realización de juicios éticos que se inclinen a la prudencia y la toma de decisiones que se inclinen a la calidad.

Séptima.- Reconocer el valor intrínseco de la dignidad del adulto mayor como persona que es, necesariamente constituye una premisa fundamental en las valoraciones morales que lo involucren. Que él tenga la posibilidad de alcanzar y la realización plena conforme a su dignidad es un deber que la bioética debe mantener presente en los debates morales. En todo organismo vivo está presente el proceso de envejecimiento, pero sólo la persona es capaz de ser consciente de dicho proceso. La vejez es la etapa de mayor ambivalencia: se encuentran la experiencia y conocimiento con el decaimiento físico y mental y, a la vez, el rechazo social. La ciencia en su incansable lucha contra la naturaleza no ha sido capaz de paralizar dicho proceso, su conquista se limita a ofrecer algunos años más de vida. En este sentido la filosofía ha hecho mucho más. La filosofía no ofrece la vida eterna del cuerpo humano, se enfoca en algo de mayor importancia que eso y que, aunque parezca paradójico, ha sido olvidado en los últimos tiempos: el sentido de la vida humana. En la vida tecnificada e instrumentalizante en la que nos encontramos inmersos hace falta reflexionar acerca de lo que la persona "es" y "piensa". La ciencia poco puede hacer en relación al envejecimiento humano, les corresponde a la filosofía y la ética emerger al rescate del hombre. Mientras que la ciencia describe y lucha contra las limitaciones corporales de la persona adulta mayor, la filosofía descubre su significado de la etapa final de la vida, y la ética nos hace recordar los deberes morales hacia el adulto mayor y los valores que deben prevalecer en toda la existencia humana.

Octava.- El envejecimiento del ser humano obedece a su condición como organismo vivo, sin embargo, ese proceso no es igual para todas las personas ya que en él intervienen factores psicológicos, biológicos, sociales, económicos, familiares y emocionales, entre otros. La vejez tiene un carácter bifronte: el individual (vida interna) y el social (vida externa). La persona como individuo desarrolla a lo largo de su vida una serie de expectativas, deseos e inquietudes con miras a realizar su proyecto de vida, en ese camino llega un momento en que sus fuerzas intelectuales y corporales no son las de antes, gradualmente se han debilitado, pero persiste en ella su facultad de autodeterminación que, aunque limitada por los factores externos, le permite seguir luchando por ese proyecto personal. La persona invariablemente inmersa en la dinámica social se ve envuelta en un conflicto existencial cuando es catalogada, en el mejor de los casos, como "adulto mayor". La sociedad moderna parece olvidar la vida interna de la persona, más aún cuando llega a lo que culturalmente se le ha denominado "etapa final de la vida". En la fórmula costo/beneficio/utilidad el adulto mayor es considerado como no productivo condenándolo a la muerte social sin permitir el natural equilibrio de su individualidad, de su ser persona. La edad avanzada no es, ni debe ser, parámetro de valor, de autodeterminación, de libertad o de utilidad, es decir, la persona que vive su vejez es la primera en descubrir sus limitaciones humanas, pero también es la primera en descubrir que su dignidad de persona no depende de factores externos o internos y alza la voz para que la sociedad se dé cuenta de ello para que-'no limite sus posibilidades de plenitud y para que la persona individualmente considerada actúe antes de que ella misma sea etiquetada de "vieja".

Novena.- Ante la complejidad de los problemas éticos a los que se enfrentan diariamente los médicos que atienden a personas adultos mayores y ante la dinámica social producida por el impetuoso avance científico que permite alargar la vida humana, es común que no sólo ellos, sino también todo el equipo sanitario y los propios pacientes, busquen la respuesta correcta a sus

interrogantes morales en los diversos ordenamientos jurídicos. Esta no es una práctica adecuada ya que la ley no es la encargada de dar contenido o sentido a las normas morales. La ley no puede reducirse a un catálogo más o menos completo de respuestas correctas y buenas ante infinidad de circunstancias relativas al acto médico. Derecho y ética son los dos grandes sistemas normativos que tiene toda sociedad, el óptimo será que ambos sigan caminos paralelos, es decir, que compartan una misma dirección pero que no lleguen a confundirse. No sólo es importante sino necesario que el derecho se pronuncie en lo relativo al cuidado y atención de los adultos mayores, ya que así asegurará que los oíros particulares y el mismo Estado respeten la plenitud y dignidad de la persona. El derecho es por naturaleza y no por defecto un sistema incompleto, no se le puede exigir una hipótesis normativa para cada situación, procedimiento o intervención médica, el derecho marca los parámetros generales de actuación, el derecho sólo puede regular en lo que exista un amplio consenso social, por ejemplo: el derecho no puede decir qué entender por plenitud de la persona, ni puede definir el sentido de la vida humana, pero sí puede establecer normas protectoras de la dignidad de la persona como garantizar el acceso oportuno a la atención médica o asegurar la información y el consentimiento en el adulto mayor. Cuando el derecho llega a sus límites de actuación, comienza el terreno de la ética. La ética no se encarga del estudio de los valores (axiología) pero si le interesa que estén presentes en el actuar de las personas. En este sentido, es importante que el médico conozca la legislación aplicable a su profesión, pero también es fundamental que tenga una sólida formación ética, éste es uno de los grandes retos que tiene la bioética médica en la actualidad: orientar al médico para que busque la excelencia en su trabajo, que en todo momento respete la dignidad de la persona promoviendo valores como la honestidad y la prudencia, que su actuación sea acorde al derecho, así como para que en caso de conflicto o de incertidumbre moral pueda ser capaz de emitir decisiones de calidad. El médico que participe en una bioética de deliberación y análisis, será un médico que actúe éticamente prudente y jurídicamente válido.

Décima.- Las decisiones médicas que se toman en la atención de los adultos mayores a menudo crean problemas éticos en la práctica profesional, pero gracias al tiempo que se dedica a su análisis y reflexión, especialmente cuando es compartida con otros miembros del equipo sanitario incluyendo al paciente y a la familia, suele solventar y desdramatizar la mayoría de los conflictos. Para que una decisión sea considerada de calidad debe ser racional, rentable y respetuosa. Una asistencia geriátrica proporcionada debe buscar los siguientes objetivos:

a) no interferir en el fallecimiento biológico natural cuando éste tiene miras de ser irreversible (principio de beneficencia),
b) evitar la aplicación de tratamientos y entornos no deseados (principio de autonomía), y
c) evitar los gastos humanos y de recursos públicos dirigidos a la futilidad mediante la iniciación de tratamientos de eficacia probada para aquellos componentes patológicos agudos potencialmente reversibles (principio de justicia y principio de no maleficencia).

En la actual atención médica del adulto mayor es necesario reflexionar sobre aquello que éticamente se debe hacer para el cuidado de su salud, y no sólo limitarse en aquello que científicamente se puede hacer. Hay que tener presente que la edad del paciente debe ser manejada por el médico como una variable científica y nunca como un elemento de discriminación contra el adulto mayor, por lo que en todo momento se debe respetar su derecho a morir dignamente.

Décima primera.- La medicina contemporánea cuenta con sofisticados medios tecnológicos influyen en dos sentidos: por un lado permiten que el diagnóstico y el tratamiento de "la enfermedad" sea más efectivo, pero paradójicamente separan al médico del enfermo, despersonalizando su relación ya que se tiende a dar mayor importancia a los medios técnicos que a

la relación humana, aunque se acepte que esto no debería ser así. Esta alta tecnología puede llevar al equipo médico a ganar la batalla pero perdiendo lo que es esencial: descubrir quién es "el enfermo", cómo puede ayudarle a vivenciar la muerte. No pocos pacientes experimentan la gravedad de su situación porque cada vez se les visita menos, porque los médicos casi dejan de visitarles, porque los ministros religiosos les ofrecen sus servicios. No hay que olvidar que la verdad no se manifiesta sólo con palabras, sino también por las relaciones humanas, por el silencio y el visible azoramiento de los visitantes y por otros "indicadores" que el enfermo es capaz de descubrir, sospechar e interpretar. La acción médica suele centrarse en el aspecto físico del adulto mayor, en su organismo y en las funciones del enfermo, pero sus actitudes y convicciones internas escapan al diagnóstico y pronóstico. El enfermo queda sometido a una visión parcial mutilada, ya que no puede expresar sus sentimientos más íntimos. Se olvida que no es sólo el organismo físico, sino que es toda la persona la que afronta la muerte aunque no se quiera hablar de ella porque se ha convertido en un tabú del ambiente hospitalario. La mayoría de los adultos mayores críticos sienten la necesidad de un interlocutor dispuesto a escucharles y hablar de su muerte próxima. No se aborda el problema del desfondamiento del sentido de la existencia, que es frecuente en el paciente, y es ahí donde no se sabe ayudarle. Parece que el médico de hoy, atrapado en una serie de avances y nuevas técnicas, se ha olvidado que la persona humana es mortal. Estas circunstancias exigen que el rol del médico sea acompañar al enfermo con su presencia y su técnica en las últimas fases, como lo hizo cuando había esperanza de sanar: que no existan esperanzas de actuar en la línea del *cure,* no indica que no sigan vigentes las responsabilidades en la del *care.*

Decima segunda.- El rechazo a las iniciativas de reforma a la Ley Federal del Trabajo, porque atentan contra el principio de equidad y justicia social; el respeto irrestricto a la mencionada ley vigente por parte de los patrones, del gobierno federal y de los gobiernos estatales.

Además crear los espacios de discusión y de exhortar a la población mexicana en general, y a los trabajadores en particular, a que se pronuncien en torno a este tema de la reforma laboral, toda vez que la vigente es fruto dela participación de miles de hombres y mujeres en el movimiento revolucionario de nuestro país durante el siglo pasado.

Reconocer que todo lo inherente a derechos, libertades, garantías individuales y colectivas, señaladas en nuestra Constitución y leyes secundarias, son y deben ser garantías brindadas por el Estado, que fue pilar fundamental para el desarrollo político y socioeconómico, justo y equilibrado durante varias generaciones de mexicanos.

Reconocer que las leyes sociolaborales conllevan un tutelaje hacia la población trabajadora, pero que en la práctica los patrones, los tribunales de trabajo y las propias autoridades gubernamentales han violentado sistemáticamente los derechos y libertades de los trabajadores.

Que en México, desde el inicio de los años 80, se ha implantado un modelo que ha significado una brutal explotación de los hombres, mujeres, niños y ancianos de nuestro pueblo, afectando gravemente sus condiciones de trabajo y de vida sin distinción alguna.

Defender hoy la esencia Constitucional de las leyes sociolaborales, a fin de hacer valer los derechos humanos, tanto para los actuales trabajadores y adultos mayores, como para las futuras generaciones de trabajadores, es decir, resguardar las condiciones de trabajo y de vida digna para nuestros hijos y para los hijos de nuestros hijos.

Por ello será necesario estar atento a los sucesos del periodo ordinario de sesiones que inicia en septiembre, en torno a la pretendida reforma laboral.

Decima tercera.- Ampliar los alcances del instituto para la atención de los Adultos mayores en el DF, o bien crear una subsecretaria que coordine las acciones, programas y planes en favor de los ancianos, evitando la duplicidad de programas, el aumento de costos y burocracia, y el entorpecimiento en los planes de ejecución de dichas acciones, se alcanzaría la optimización de los recursos humanos y económicos

Decima cuarta.- Crear una Procuraduría Federal de Protección del Anciano o bien la creación de una agencia especializada de la PGJDF con personal que evite los abusos de que son objeto y realmente les hagan justicia.

Decima quinta.- Coadyuvar en la formulación y aprobación de una Ley sobre Derechos del Anciano que reúna, en un solo marco jurídico, los escasos ordenamientos legales que existen dispersos en los diferentes códigos.

Decima sexta.- Hacer la recomendación a la Comisión Nacional de Textos Gratuitos, a través de la SEP, de incluir textos hacia una concientización de los niños y jóvenes con el fin de crear una cultura de la vejez (que no seria sino recuperar los viejos valores tradicionales que se han ido perdiendo).

Decima séptima.- La creación de una cultura de vejez productiva y la participación plena de los viejos, a través de las organizaciones no gubernamentales, para que sean ellos, como siempre lo fueron, los actores en la solución de su propia problemática.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN

LIBROS Y ARTÍCULOS

- Aréchiga, H.; Cereijido, M., *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas,* UNAM-Siglo XXI, México 1999.
- Aristóteles, *Ética nicomaquea,* Trad. Gómez Robredo, UNAM, México. 1954
- Aristóteles, *Arte retórica*, Porrúa, México. 1991
- Auer, Alfons, *Envejecer bien*, Herder, Barcelona. 2003
- Basso, Domingo, *Nacer y morir con dignidad bioética,* Desalma, Buenos Aires. 1999
- Bello, Gabriel, *La construcción de la alteridad en Kant y Levinas,* Tecnos, Madrid, 1989
- Beauchamp, T. L. y Childress, *Principles of biomedical ethics,* Oxford University Press, EUA, 1994
- Beauvoir, Simone de, *La vejez*, Francia. *1970*
- Blázquez, Nieto, *Bioética: La nueva ciencia de la vida estudios y ensayos,* BAC, Madrid. 2000
- Bloch, Ernest, *Derecho natural y dignidad humana,* Aguilar, Madrid. 1980
- Bourdieu, P; *Social Studies of Science and Technology: Looking Back, Ahead,* Springer Holanda. 1987
- Brache; Frontier, *Semiología quirúrgica: antología de experiencias, textos y casos,* INTEC, Republica Dominicana. 2008
- Breilh, J; *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires. 2003
- Breilh, J; *Epidemiología, economía, medicina y política*, Distribuciones Fontamara, México. 1986
- Breilh, J; Tillería, Y; *Aceleración global y despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*, Universidad Andina Simón Bolívar/Abya-Yala, Quito-Ecuador. 2009
- Buchan A. Broca; et al; *Genética y Justicia,* Española, Madrid. 2002
- Bujo, Bénézet, *Ética y envejecimiento en África,* Concilium 3, Vaticano. 1991
- Cabrillo Francisco, et al; *La revolución gris,* del DRAC, Barcelona. 1990
- Callahan, Daniel, *Ethics, technology, and aging*, Concilium, EUA. 1991
- Nino, Carlos, *Ética y Derechos Humanos,* Astrea, Buenos Aires. 1989
- Cárdenas, John, 2004, *Salud pública para todos*, Colombia, Universidad de Colombia Casado, María (Coord.). *Estudios de bioética y derecho,* Tirant lo Blanch, Valencia. 2000
- Cárdenas, John, Garbiras, Alberto, *Terrorismo, Globalización y Estados-Nación*, Santiago de Cali, Colombia, Universidad Libre de Colombia. 2007
- Carnivali, Judith, *Aspectos demográficos de la población de edad avanzada,* Humanitas, Argetina.1990
- Casado, María (Coord.). *Hacia una concepción flexible de la bioética,* en *Estudios de bioética y derecho,* Tirant lo Blanch, Valencia 2000
- Casado, María, *Bioética, derecho y sociedad,* Trotta, Madrid. 1998
- Castán, José. *Los derechos de la personalidad*, Reus, Madrid. 1952
- Castro y Bravo, Federico, de., *Los llamados derechos de la personalidad,* Madrid. 1959.
- Celade, *Envejecimiento: cuatro facetas de una sociedad para todas las edades,* Naciones Unidas-CEPAL, Santiago de Chile. 1997
- Cereijido, M.; Covarrubias, L., *El envejecimiento de los seres humanos y el envejecimiento de las células al organismo*, Siglo XXI, México. 1999
- Chalmeta, Gabriel, *Ética especial; el orden ideal de la vida buena,* EUNSA, España. 1996
- Chapela, M. C.; Jarillo E. C., *Promoción de la salud, siete tesis del debate,* UAM-X. 2001

- Chesnais, Jean Claude, *El proceso de envejecimiento de la población,* CEPAL, Santiago de Chile. 1990
- Ciccone, Lino, *Bioética: Historia, principios y cuestiones,* Palabra, Madrid. 2005
- Clavel, Juan Masiá, *Bioética y antropología,* Universidad Pontificia de Comillas, Madrid. 1998
- Coll, Pilar. "... *y en la vejez seguirán dando fruto". EDIT*1996
- Cortina, Adela, *Ética de la empresa. Claves para una nueva cultura empresarial,* Trotta-Universidad de Valencia, España 1664
- Cortina, Adela, *Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica,* Anaya, Madrid. 1994
- Cortina, Adela, *La ética de la sociedad civil,* Anaya, Madrid. 1994
- Cupis, Adriano de, *El derecho de la persona,* Giuffre, Milán. 1973
- Del Cura, I. y Huertas, R, "Estilos de vida y salud pública: análisis de una estrategia sanitaria*",* en Montiel, L. y Porras, M.I. (coords.) *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad*, Doce Calles, Madrid. 1997.
- Durand, Guy, *La bioética,* Desclee Brouwer, Bilbao. 1992
- Elizari Basterra, Francisco, *Bioética,* Sabio, Madrid. 1999
- Everitt, A. V. *The hypothalamic-pituitary control of ageing and age-related pathology*, Exp Gerontol. 1973 Oct;8(5):265-77
- Fauci, et al; *Harrison principios de medicina interna, introducción a la medicina clínica*, ed. 17, McGraw-Hill. 2008
- Feito, L, *La nueva alianza de las ciencias y la filosofía,* Universidad Pontificia Comillas, Madrid. 2001
- Fracapani de Cuitiño, Marta, Et. Al; *Bioética: Limitaciones en el Tratamiento,* Lumea, Argentina. 1997
- Fericgla, Joseph, *Envejecer. Una antropología de la ancianidad,* Antropos, Barcelona. 1992
- Freire, Pablo, *Pedagogía del Oprimido*, Siglo XXI editores, México. 1970
- Fries JF. *Aging, natural death, and the compression of morbidity.* N Engl J Med. 1980; 303:130-5.
- Gabera, Ivonne. *Religión, cultura y envejecimiento: un punto de vista Latinoamericano*
- Gafo, Javier, *10 Palabras clave en bioética,* Verbo Divino, Navarra. 1993
- Gafo, Javier, *Problemas Éticos de la Manipulación Genética,* Paulinas, Madrid. 1992
- Gafo, J. (ed.), *Ética y ancianidad,* Universidad Pontificia Comillas, Madrid. 1995
- Garay, José, *Humanismo geriátrico*, en M. García (comp.). *Medicina y sociedad,* México. 1997
- García Heredia, Irma y Guanín Lidia, "La incidencia: un mecanismo eficaz de exigibilidad de los DESC", en *Manual de Exigibilidad en Derechos Económicos, Sociales y Culturales*; Antropos, Colombia. 2004
- García Ramírez Hernán, *Salud conciencia y organización*, Fomento Cultural y Educativo, México. 1990
- Garrido F; et al; "Epidemiología del Envejecimiento en México", en *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas, CONAPO, México*. 1999
- Garza Garza, Raúl, *Bioética, la toma de decisiones en situaciones difíciles,* Trillas, México. 2000
- Gispert Cruells, Jorge, *Conceptos de Bioética y Responsabilidad Médica,* Manual Moderno, México. 2000
- Goikoetxea, María de Jesús, *Introducción a la Bioética,* Bilbao. 1999.

- Gómez Caffarena, José, *El Cristianismo y la Filosofía Cristiana. Historia de la Ética,* Vol. I, Victoria, Barcelona. 1988
- Gómez Rubí, J; Abizanda Campos. R; *Bioética y medicina intensiva. Dilemas éticos en el paciente crítico,* EdikaMed, España. 1999
- González, Juliana, *El ethos, Destino del hombre,* Fondo de la Cultura Económica, México. 1999
- González, Juliana, *El poder del eros. Fundamentos y valores de ética y bioética,* Paidós México. 2000
- González, Juliana, *Ética y libertad,* Fondo de Cultura Económica, México. 1997
- Goulet, Denis. *Ética del Desarrollo.* Lépala, Colección Cooperación y Desarrollo, Madrid. 1999
- Gracia, Diego, *Bioética clínica,* Ética y vida, El búho, Colombia. 1998
- Gracia, Diego, *Como cirqueros al blanco. Estudios de bioética,* Triacastela, Madrid. 2004
- Gracia, Diego, Cfr. *Historia de la vejez,* en Gafo, J., *Ética y ancianidad,* Universidad Pontificia Comillas, España. 1995
- Gracia, Diego, *Cuestión de principios,* Universidad Carlos III de Madrid y Dykinson, Madrid. 1997
- Gracia, Diego, *Ética en la práctica clínica,* Triacastela, Madrid, 2004
- Gracia, Diego, *Ética en los confines de la vida,* Ética y vida, El búho, Colombia. 1998
- García, Diego, *Fundamentación y enseñanza de la bioética,* Ética y vida, El búho, Colombia. 1998
- Gracia, Diego, *Fundamentos de bioética,* EUDEMA, Madrid. 1989
- Gracia, Diego, *Procedimientos de decisión en ética clínica,* EUDEMA, Madrid. 1991
- Gracia, Diego, *Profesión médica: investigación y justicia sanitaria,* Ética y vida, El búho, Colombia. 1998
- Gracia, Diego, *Primun non naceré: El principio de no maleficencia como fundamento de la ética médica,* Real Academia Nacional de Medicina, Madrid. 1990
- Gracia, Diego, *Toma de decisiones en el paciente menor de edad,* Medicina Clínica Vol. 117, No. 5. España. 2001
- Guzmán Valdivia, Isaac. *Humanismo transcendental y desarrollo,* Limosa, México. 1999
- Ham Chande, R; *El envejecimiento una nueva dimensión de la salud en México, El siguiente reto de la transición demográfica,* Porrúa, México. 2003
- Hans, Jonas, *El principio de la responsabilidad ensayo de una ética para la civilización tecnológica,* Herder, Barcelona. 1995
- Heidegger, Martin, *Carta sobre el humanismo*
- Heggenhougen, H. Kristian, et al; *The behavioural and social aspects of malaria and its control,* OMS, EUA. 2003
- Hernández Amaga, Jorge Luis, *Ética en la investigación biomédica,* Manual Moderno, México. 2000
- Hernández, Gerardo, *Demografía del envejecimiento,* Cristiandad, Madrid. 1991
- INEGI, *La tercera edad en México XI Censo general de la población y vivienda. México, 1990*
- Jaspers, Karl, *Psicología de las Concepciones del Mundo,* Trad. Manzano Marín Cábelo, Gredos, Madrid. 1967
- Joerges, B. y Nowotny, H; *Social Studies of Science and Technology: Looking Back, Ahead,* Springer, Holanda. 2003
- Kant, Immanuel, *Critica de la razón práctica,* Sígueme, Salamanca. 1995
- Kant, Immanuel, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres,* Porrúa, México. 1996

- Katz, Jay, *El médico y el paciente: su mundo silencioso*, Fondo de Cultura Económica, México. 1989
- Kleinbaum, N.H., *Dead poets society*, Starfire, Estados Unidos. 1989
- Kriele, Martín, *Liberación e ilustración: defensa de los derechos humanos,* Herder, Barcelona. 1982
- Kuthy Porter, José, Et Al; *Temas actuales de Bioética,* Porrúa, México. 1999
- Laín Entralgo, Pedro, *La medicina hipocrática,* Alianza, Madrid. 1970
- Laforest, Jacques, *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer,* Herder, Barcelona. 1991
- Laurell, A.C; *Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad*, En Autores varios, *En lo biológico y lo social, su articulación en la formación del personal de salud*, Organización Panamericana de la Salud, EUA. 1994
- Leach, Edmund Ronald, *Social Anthropology*, Oxford University Press, EUA. 1982
- Leavell, H. & Clark, E.G., "Epidemiology and Multicausal" en *Textbook of Preventive Medicine*, McGraw Hill, New York. 1953
- Lifshitz G, Alberto, *La Revolución de la Bioética su influencia sobre la ética médica*, Medicina Interna, México. 2002
- Lozano, R; Frenk, J; "*Aspectos Sociomédicos del envejecimiento en México", en* Aréchiga, H.; Cereijido, M., *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas,* UNAM-Siglo XXI, México 1999
- Mananzan, Mary John, Religion, Culture and Aging: An Asian Viewpoint, Concilium, Singapur. 1991.
- Marchesi, Carretero, *Psicología evolutiva,* Vol. 3, Alianza. Madrid. 1991
- Martínez Gómez, Luis, *De la Dignidad del Hombre, Pico della Mirándola,* Nacional, Madrid. 1984
- Martínez Navarro, Emilio, *Ética para el desarrollo de los pueblos*, Trotta, Madrid. 2001
- Mirandola, Pico della, *Discurso sobre la Dignidad del Hombre,* Instituto de Ciencias de la Educación, Barcelona, 1986
- Monge, Miguel Ángel, *Ética, salud y enfermedad,* Palabra, Madrid. 1997
- Moragas, Ricardo, *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*, Herder, Barcelona. 1998
- Morales, Fernando. *Envejecimiento y Salud.*
- Nicol, E; *La Primera Teoría de la Praxis*, UNAM, México. 1972
- O.N.U; *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento*, New York. 1983
- Ortega y Gasset, José, *¿Qué es la filosofía?*, Espasa, España. 2007
- Ortega y Gasset, José, *Meditaciones del Quijote,* Biblioteca nueva, España. 2004
- Peces-Barba Martínez, Gregorio, *Derechos fundamentales*, Guadiana, Madrid. 1973
- Pellegrino, E; *The metamorphosis of medical ethics. A 30-year restrospective,* JAMA, EUA. 1993
- Pérez de Oliva, *Diálogo de la Dignidad del Hombre,* Compañía Iberoamericana Las 100 mejores obras de la literatura española, Vol. XXXII, Madrid. 2001
- Pérez Luño, Antonio Enrique, *Derechos humanos y constitucionalismo ante el tercer milenio*, Marcial Pons, Madrid. 1996
- Platón, *Laws*, New Jersey, Princeton University. 1978
- Partida, Virgilio, "Perspectiva demográfica del envejecimiento en México" en *El envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas*, CONAPO, México. 1999
- Polaino-Lorente, Aquilino, *Manual de bioética general,* Rialp, Madrid. 2000
- Polo, Leonardo, *Quién es el hombre: un espíritu en el inundo,* Rialp, Madrid. 1991

- Redondo, Nelida, *Ancianidad y Pobreza. Una investigación en sectores populares urbanos*, Humanitas, Buenos Aires. 1990
- Rubalcaba, Rosa María, "Ingresos de las personas de edad y características de sus hogares", en *El ingreso de los hogares*, Tomo VII, Serie Monografías Censales MOCEMEX 90, INEGI-IISUNAM-FCE, México, 1995.
- Ruiz, J.; Octavio Delpi, Santiago, *Humanismo, ética y sociedad*, Paul, España. 2001
- San Martín, Hernán, *Epidemiología de la Vejez, I*nter-Americana-McGraw Hills, Madrid. 1998
- San Martin, Hernán, *Envejecimiento Individual y de la Población*, España. 1994
- Sánchez de la Torre, Ángel, *Teoría y experiencia de los derechos humanos,* Gregorio del Toro, Madrid. 1968
- Sánchez Torres, Fernando, *Catecismo de ética médica,* Herder, Barcelona. 2000
- Sánchez, Carmen, *La intimidad y el secreto médico,* Díaz de Santos, Madrid. 2000
- Santos, M., *La naturaleza del espacio. Técnica y tiempo. Razón y emoción*, Ariel Geografía, S.A., Barcelona. 2000
- Sciacca, Michele Federico, *El Hombre ente desequilibrado,* Trad. Juan J. Ruiz Cuevas, Miracle, Barcelona. 1958
- Schkolnik, Susan, *El envejecimiento de la población de América Latina (1950-2025),* en Chesnais, J.C; Op. Cit.
- Schettino, Macario, *Propuestas para elegir un futuro México en el Siglo XXI,* Océano, México. 2000
- Sciacca, Michele Federico, *El Hombre ente desequilibrado,* Trad. Juan J. Ruíz Cuevas, Miracle, Barcelona, 1958
- Sgreccia, Elio, *Manual de bioética,* Diana, México. 1996
- Singer P; *Ética Práctica,* Cambridge University Press, Madrid. 1995.
- Spaemann, R; *Felicidad y Benevolencia,* RIALP, España. 1991
- Thomasma, David, *De la vida a la muerte ciencia y bioética*, Cambridge University Press, Madrid. 2000
- Toffler, Alvin, *La tercera ola*, Plaza Janes, Colombia, 1981
- Tomás de Aquino, *Summa Teológica,* Espasa-Calpe, Madrid. 1973
- Tristram Engelhardt, H; *Los fundamentos de la bioética*, Paidós, Barcelona. 1999
- Tuirán, R; "Desafíos del envejecimiento demográfico en México", *El envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas,* CONAPO, México. 1999
- Varga Andrew, C; *Bioética, principales problema*, Paulinas, Bogotá. 1988
- Vega, José Luis, Bueno, Belén, *Desarrollo adulto y envejecimiento, S*íntesis, Madrid. 1996
- Velázquez, M; *México: TLCAN, espejismo y realidad*. Pueblos, nº 27, 2007
- Vélez Correa, Luis, *Ética médica, interrogantes acerca de la medicina la vida y la muerte*, Corporación para investigaciones biológicas, Colombia. 1990
- Vidal, Marciano, *Bioética: Estudios de bioética racional,* Tecnos, Madrid. 1994
- Zotz, Volker, *Buda, maestro de vida.* Ellago, 2006

REVISTAS Y PERIÓDICOS

- Almeida-Fiho, N., Paim-Silva, J. *La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica*, Cuadernos médicos sociales 75. (1999)
- Becerra, Susana "La tercera edad en Cuba"*: Justicia y Paz* No. 30 (1993)
- Caponi, S. *Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical.* História, Ciências, Saúde ó Manguinhos, 10. (2003)
- Caretta, Flavia *Verso una* società di anziani*:* camillianum 7 (1996)

- D. Coeh, Rev. *Nature Genétics*
- Periódico La crónica de hoy, Junio de 2004
- Galindo, Sabino. *Presente y futuro del anciano: Signo de los tiempos*. (2001)
- García Ramírez. Sergio, *La Relación médico paciente: consenso y conflicto.* Revista *CONAMED*. Vol. 7, Núm. 2, abril-junio. (2002)
- García, Julia, *Problemas y derechos de los ancianos:* Justicia y paz. (1995).
- Gobierno del Distrito Federal, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, (22 de mayo de 2006)
- Gutiérrez, Luis Miguel, *El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistencia les y para la prevención: Papeles de población.* (1999).
- Juárez, Miguel, *Procesos de modernización y servicios socioculturales para la tercera edad de España*, Revista de Fomento Social 176 (1999).
- Legaz y Lacambra, *La Noción Jurídica de la Persona Humana y los Derechos del Hombre.* Revista de estudios políticos XXXV. (1951)
- Lizaola, Mónica, *Lo difícil de ser anciano,* Justicia y Paz 30 (1999)
- Molero, Carlos, *Ancianidad y política social:* Razón y fe (1993)
- Rathnasabapathy, Senthil, *Materia gris:* Populi 4 (1994)
- Rivera, José Manuel. *El anciano desde el punto de vista biológico*
- Reyes, Laureano. *El contexto cultural y económico del envejecimiento. El caso de los Zoques de Chiapas*
- Romo, Pablo. *Los moletiky sus derechos:* justicia y paz. (1998)
- Torres, Jesús. *¿Dónde quedó el sabio mayor?:* signo de los tiempos. (1999)
- Verdadera, Francisco, *La población en edad avanzada en el Perú:* situación actual y perspectiva, (1999)
- Ardigo, Acliille. La condizione anziana nelle società sviluppate: emergenti problema morali e socio-sanilari, en

CONFERENCIAS

- Breilh, J., *Taller internacional: Hacia una metodología interdisciplinaria e intercultural para investigación de los determinantes sociales y la desigualdad de la salud como herramienta de política*. Quito-Ecuador: Julio 11-22-2007
- García Alonso Luis, *Anciano como estorbo social*, Congreso Internacional de Filosofía, Guadalajara, Jalisco. Octubre 1985

DOCUMENTOS

- Carta de Ottawa 1986
- CONAPO, *La población en las edades avanzadas. 1998*
- *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* 1917
- *Planificación para la promoción de la salud*, Diplomado en Promoción de la Salud. México, UAM-X

INSTITUCIONES VISITADAS

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, II Conteo de Población y Vivienda 2005
- Instituto para la Atención a los Adultos Mayores en el Distrito Federal
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
- Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal
- Secretaria de Salud del Distrito Federal

UACM
Universidad Autónoma
de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

Agradezco a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México y al Instituto de Ciencia y Tecnología del Distrito Federal por el soporte para realizar esta obra mediante el apoyo para impresión y/o empastado de trabajo recepcional.

- Imágenes en portadillas Eduardo Bojórquez
- Frases en portadillas, Johnny Welch