

tureza, todos tenham oportunidades iguais de atingir um certo padrão “normal” de funcionamento. A questão da focalização é de outra natureza e, no caso da saúde, duvido muito que seja esclarecedor discuti-la com base no princípio de diferença.

1. Vita A. A justiça igualitária e seus críticos. São Paulo: Editora da Unesp; 2000.
2. Elster J. Local justice. How institutions allocate scarce goods and necessary burdens. New York: Russel Sage Foundation; 1992.

Miguel Kottow

Universidad de Chile,
Santiago, Chile.
guarvie@ctcreuma.cl

Senescencia y protección

La ética del final de la vida es compleja, no se agota en asignar o reducir recursos sanitarios para la población más proveya. En su seno ha de debatirse el valor que la sociedad otorga a los senescentes, así como la reflexión sobre las diversas formas como la vida humana puede llegar a su término.

Ingresos reducidos, aislamiento social, exclusión familiar, marginación laboral, son todas experiencias que afectan a los individuos senescentes, deficiencias que se hacen más graves a medida que aumenta la población añosa. Las investigaciones biológicas que pretenden prolongar la vida humana y mejorar sus condiciones sanitarias son criticables por profundizar el divorcio existente y persistente entre geriatría (cuidados sanitarios) y gerontología (protección social). La insuficiencia de recursos sanitarios para la tercera edad contrasta con el impacto ya iniciado de una medicina desiderativa que erosiona los límites entre cobertura sanitaria de disfunciones y enfermedad, frente a la mera satisfacción de deseos; el acceso a estos servicios de alto costo sólo será opción para los privilegiados. En esa doble dinámica, de una atención progresivamente deficiente para los ancianos y una medicina interesada en el perfeccionamiento biológico no terapéutico, la ética de la senescencia se debate en una peligrosa involución.

La escasez de recursos sanitarios y el aumento mundial de la proporción de personas mayores, han desencadenado la preocupación de los economistas y la búsqueda de indicadores de eficiencia en la atención médica. Las mediciones de calidad de vida y el desarrollo de estrategias como el TTO (*time trade off*) en que

las personas, o los economistas en su nombre, ponderan inversión de recursos médicos versus expectativas de sobrevivida (¿cuántos años de vida futura sacrificar a cambio de optimizar la atención médica requerida en la actualidad?), buscan criterios de racionamiento que basculan entre los requerimientos de la bioética y las factibilidades de la economía sanitaria^{1,2}. Similar visión ofrecen las ponderaciones de descuento, en las cuales economistas y bioeticistas como Daniels proponen un ordenamiento social donde las personas deciden cómo distribuir recursos sanitarios a lo largo de la vida, una propuesta demasiado llena de incertidumbres para ser viable. El descuento tiene dos vectores contradictorios: uno que considera razonable ahorrar recursos más dispensables en el presente con miras a necesidades futuras, el otro que privilegia la satisfacción actual porque el futuro es más incierto, de menor valor individual y social, sugiriendo sacrificar años de sobrevivida a cambio de una buena cobertura sanitaria en los años más jóvenes. Callahan sugiere restringir servicios médicos terapéuticos, reduciendo las expectativas de vida a los grupos etarios que han cumplido la edad promedio de sobrevivida, una política difícil de sostener de forma coherente si las legislaciones y el espíritu cultural prevalente permanecen contrarios a las anticipaciones activas y voluntarias de morir.

Las propuestas de Callahan y Daniels son utilitaristas y pragmáticas, el primero proponiendo un racionamiento de recursos, el segundo proponiendo que, por decisión de tipo rawlsiano (velo de ignorancia), los gastos médicos se redistribuirán ecuanímente según las necesidades sanitarias a lo largo de cada vida. La similitud conceptual de estas propuestas con lo planteado por la economía sanitaria demuestra que no hay aquí criterios propiamente bioéticos, sino de redistribución utilitaria de recursos.

Ribeiro & Schramm aptamente contraponen los esquemas de justicia en igualdad frente a la focalización de hecho, en correspondencia con la tradicional distinción entre equidad (recursos iguales para todos) y asimetría (recursos de acuerdo a necesidades), a lo cual cabe agregar que las categorías pueden a su vez ser administrativas (planificación desde arriba) o participativas (prioridades sentadas desde la base). La justicia como máxima moral, inevitablemente debe transformarse en una propuesta de gestión de bienes, pues la distribución es de algo y para alguien. La tipificación se vuelve más difusa en la práctica, pues la justicia en equidad debe transformarse en una pro-

puesta de bienes y su distribución, inevitablemente recurriendo a discriminación o focalización. El resultado es invariablemente desfavorable a los enfermos y a los añosos, pues los planificadores y economistas tenderán a privilegiar las edades que ocasionan menos costos.

En un intento de superar la dicotomía entre equidad universal y exigencias contextuales de necesidades, los autores recurren con toda pertinencia a la ética de protección, un concepto íntimamente ligado a la vulnerabilidad del ser humano y a las susceptibilidades de ciertos grupos humanos³. La ética de protección identifica los beneficios protectivos requeridos por poblaciones susceptibles (vulneradas o dañadas) y valida las políticas públicas diseñadas específicamente para enfrentar las privaciones de estos grupos. La protección no desarrolla un criterio de justicia distributiva, la presupone. Por ende, postular una ética de protección para grupos sociales senescentes ya implica haber diseñado un esquema de justicia distributiva que considera la equidad de atender a las necesidades de los añosos, aun cuando ello tense los recursos programados para otros grupos sociales. Si Ribeiro & Schramm proponen “*alguna forma de frugalidad consensualmente aceptable por todas las personas razonables*”, están ofreciendo una de dos alternativas: una restricción universal de recursos en el espíritu de la justicia en ecuanimidad, o una frugalidad centrada en la edad propecta.

La segunda alternativa, de frugalidad focalizada como también la sugiere Callahan, no es compatible con la ética de protección, debido a que las restricciones de los programas sanitarios serán discriminatorias contra los más ancianos, lo que atenta contra el postulado de la protección que requiere ser igualmente beneficiosa (e igualmente arriesgada) para todos los miembros de la población involucrada. Una ética de protección que propone frugalidad frente a las necesidades de los viejos no es protectora, sino utilitarista. Y el utilitarismo solo será moralmente aceptable en la medida que tengan fundamentos éticos plausibles y convincentes para los afectados y en tanto encare políticas geriátricas y gerontológicas coherentes entre sí. El objetivo final de una bioética para la tercera edad es paliar y reducir padecimientos, lo cual no necesariamente se alcanza por el camino de los recursos sanitarios ilimitados, mas tampoco a través de restringir atención médica sin abrir el debate a nuevos horizontes.

1. Arnesen TM, Norheim OE. Quantifying quality of life for economic analysis time out for time trade off. *MH Online Medical Humanities* 2003; 29:81-6.

2. Hurley J. Ethics, economics, and public financing of health care. *J Med Ethics* 2001; 27:234-9.
3. Kottow M. The vulnerable and the susceptible. *Bioethics* 2003; 17:460-71.

Renato Veras

Instituto de Medicina Social/Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. veras@uerj.br

A frugalidade necessária: modelos mais contemporâneos

Apesar do rápido processo de transição demográfica, muitos ainda pensam que somos um país de jovens. Ainda não é clara a percepção social de que o Brasil está envelhecendo aceleradamente, com projeções indicando que já em 2020 teremos a sexta maior população idosa do mundo, correspondendo a 32 milhões de pessoas. Quando verificamos fatos que mereceram de forma recorrente grande espaço na imprensa brasileira na última década, como por exemplo, em 1992, o movimento intitulado “*a luta pelos 147% dos aposentados*”, ou as 102 mortes de idosos, em 1996, ocorridas na Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, ou a recente regulamentação dos Planos de Saúde e a criação da Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS), notamos que estes acontecimentos não são associados à ampliação numérica do grupo etário dos idosos e às suas conseqüentes transformações no interior da sociedade.

Um exame mais atento do envelhecimento humano indica que seus efeitos são muito maiores e mais profundos do que se imaginava. O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. Tem ocorrido de forma muito rápida e intensa nos países em desenvolvimento, gerando preocupações quanto às suas repercussões em ambiente de pobreza por acarretarem pressões para transferência de recursos na sociedade, colocando desafios para o Estado, os setores produtivos e as famílias. Portanto, esse crescimento não se expressa apenas no maior número de velhinhos andando no calçadão de Copacabana, mas em uma mudança substancial nas áreas da saúde e previdência, na organização dos espaços urbanos, em uma nova estruturação do mercado de trabalho e mesmo na vida familiar.

O grande mérito do artigo de Carlos Dimas Ribeiro & Fermin Roland Schramm é colocar em debate um dos importantes dogmas do sistema de saúde no Brasil, que é a universalidade do sistema, ou seja, que o sistema deve fornecer todos os serviços disponíveis a todos que