

## Envejecimiento, soledad y fin de la vida

María Ángeles Durán

*Consejo Superior de Investigaciones Científicas*

No es frecuente, o al menos no tanto como otros temas relacionados con el envejecimiento, que se celebren seminarios y conferencias sobre la soledad y el final de la vida. Al contrario, abundan extraordinariamente los encuentros que se centran en los aspectos más amables de la longevidad y nos instan a adoptar conductas que incentiven la actividad, el bienestar físico y mental. Evidentemente, mejorar las condiciones de vida es una aspiración que todos compartimos, sea cual sea el momento del ciclo vital. Pero creo que hay una resistencia generalizada a ocuparse de los aspectos menos gratos, pero no por eso evitables, del envejecimiento. Como si por nombrarlos fueran a hacerse realidad o expandirse. Los seres humanos somos finitos, pero inventamos argucias para negarlo u olvidarlo. Entre otras, las de carácter lingüístico: creamos palabras edulcoradas, neutrales, desprovistas de cualquier connotación negativa. Hace falta valor para acometer la necesaria tarea de, sin descuidar la aspiración a mejorar la vida, reconocer que en su etapa final se agudizan los problemas, el malestar y el sufrimiento.

Como investigadora y socióloga me planteo constantemente la disyuntiva entre utilizar o no los conocimientos que he obtenido a través de la experiencia personal. Pareciera que el estatuto científico de la información obtenida por encuestas u otros procedimientos similares de observación extensiva tiene un valor muy superior al que puedan proporcionarnos las vivencias propias o la introspección, hasta el punto de poner en duda o arriesgar la credibilidad de quien recurre a ellos. Los sociólogos y los economistas manejamos estadísticas, nos amparamos en los grandes números y adoptamos como criterio de calidad la representatividad. Pero ni los enfermos graves ni los solitarios o abandonados son accesibles fácilmente a la observación externa. La capacidad de hacer preguntas, que lidera la filosofía, o la de estudiar

en profundidad situaciones no repetidas, como frecuentemente hacen los antropólogos y los psicólogos, supone el cruce de una, a menudo, insalvable barrera disciplinar. Formular preguntas es el principio del conocimiento, la más rigurosa de todas las actividades intelectuales; y esta capacidad de cuestionar, de plantear interrogantes, se multiplica en los momentos de tensión o malestar. El objetivo de participar en la jornada que reproduce esta publicación, al menos por mi parte, fue contribuir a un cambio en el modo en que se viven los últimos años de vida; una transformación social que, para lograrse, precisa tanto del concurso de las emociones como de las cifras que las documentan. Bienvenidas pues, en mi discurso, las oportunidades de referirme abiertamente a la introspección y la experiencia personal: al miedo, el dolor, el compromiso, el tedio, el agradecimiento, el afecto, la irritación y la esperanza.

## 1. Economía del envejecimiento

El ciclo vital de los humanos, el ciclo natural, comprende cuatro grandes etapas: niñez, juventud, madurez y vejez. No es por casualidad que diga *natural*, porque, con la tecnología a la que ya tenemos acceso, y más aún con la que estará a nuestra disposición en un futuro inmediato, estas fases vitales pueden ensancharse mucho con las etapas de previda y posmuerte. Este es un tema demasiado complejo en el que no voy a entrar ahora. O por lo menos no respecto a las etapas de la previda.

Las encuestas nos muestran los múltiples modos de entender el envejecimiento, así como la variabilidad de sus límites: transcurso del tiempo, apariencia externa, deterioro de la salud, pérdida de capacidad física y mental... Todo un esfuerzo colectivo para resaltar que el mero cumplimiento de años no debe identificarse con el envejecimiento y para consolidar la idea de que la vejez llega cada vez más tarde, siendo los septuagenarios de hoy más parecidos a los cuarentones de antes que a sus equivalentes en edad cronológica. Con todo esto estamos de acuerdo; pero este no es el objetivo de nuestro encuentro, que es precisamente el de la zona oscura, a menudo ocultada, del final de la vida y la muerte.

La nuestra, la de los países europeos, es una economía predominantemente capitalista en la que la institución central es el mercado. A pesar de no ser un sistema monolítico, pues la forma de producción caracterizada por el mercado convive con la economía de los hogares, del Estado y de las entidades sin fines de lucro, el mercado no solo es la institución dominante que condiciona las demás, sino la que merece más atención desde una perspectiva teórica y política. Apenas hay investigadores o teóricos de la economía del hogar o del voluntariado en comparación con la pléyade de estudiosos centrados en el mercado y, en un segundo nivel, en el Estado y las entidades públicas.

Según la óptica del mercado, la población es un agente económico con dos funciones clave: producir y consumir. En consonancia, el ciclo económico de las personas solo consta de tres grandes etapas, porque niñez y juventud se fusionan en una. Tomando prestada una expresión propia de arquitectos y artistas, existe una regla áurea del ciclo económico humano que define la proporción más armoniosa, justa y posible entre el tiempo de vida dedicado a la *preparación* para el mercado, la *incorporación* y la *expulsión*. Todo ello se refiere a la función productiva, que es la que condiciona la función consumidora, porque en las modernas economías desarrolladas la mayoría de la población no tiene otra capacidad de producir bienes que su propio trabajo. Fuera de la etapa productiva para el mercado, el consumo ha de ser cubierto por otras personas activas o por los recursos que se transformaron en ahorro, fuese de modo compulsivo o voluntario, durante la época de incorporación al mercado. Cuando la esperanza de vida aumenta como consecuencia de diversas mejoras sociales y tecnológicas, la proporción entre la etapa de producción y la de exclusión se modifica, e inevitablemente da lugar a la búsqueda de una nueva regla áurea.

## 2. El relato económico y sus protagonistas

Quizá resulte sorprendente, pero los informes económicos que de manera periódica se publican a partir de los datos ofrecidos por la Contabilidad Nacional tienen mucho en común con la estructura de una novela o un drama teatral, pues atribuyen papeles a distintos actores sociales, eligen protagonistas, escenarios, ritmo de acción, desenlaces... En la construcción del

relato económico sobre la vejez, unos grupos sociales han tenido más posibilidad que otros de imponer su particular visión. Las personas mayores, y especialmente las mujeres mayores, poco han podido contribuir a la narración oficial que se enseña en las facultades de Ciencias Económicas. Este relato dominante no está construido desde dentro sino desde fuera de quienes transitan personalmente la vejez. Sobre este trasfondo, el dinero es el vehículo de comunicación que conecta a todos los actores. En la economía moderna, entendiendo por economía una disciplina intelectual, lo que no se convierte en dinero tiene escasa cabida. De ahí que la comprensión del significado económico de la vejez se entienda mal con estas pautas. Dos pensadores de tan enorme influencia como Quesnay y Adam Smith marcaron la pauta del relato económico desde el siglo XVIII y eso ha permitido grandes avances en algunos aspectos de esta disciplina, pero enormes carencias en otros. Una perspectiva más compleja de la economía tiene que reconocer que los bienes y servicios que se transforman en dinero solo son una parte del total de los bienes y servicios que se producen, consumen y acumulan. Si, como propuso Naciones Unidas en 1995 en la Plataforma de acción que se redactó en la Conferencia de la Mujer de Pekín, se incorporase al análisis económico el tiempo de trabajo no remunerado, conceptos tan básicos como producción, consumo, inversión, ahorro o beneficio se tambalearían. No tanto tales conceptos, sino los indicadores y las cifras que se utilizan para expresarlos.

Me he extendido en este punto porque la posición económica de las personas que envejecen no puede comprenderse bien desde la perspectiva de la economía del mercado. A los mayores no les sobra el tiempo: solo expresan esa sensación el 15%, frente a un 30% que consideran que les falta (Encuesta a Mayores del IMSERSO, 2010). Las personas mayores han sido expulsadas, o si se quiere «liberadas», del mercado en su función de productoras, pero no en otras funciones económicas tales como consumidoras o pagadoras de impuestos. Los mayores viven en buena parte fuera del mercado, pero no están fuera de la economía. Son grandes productores de bienes y servicios, aunque no los transformen en dinero. Consumen gran parte del trabajo que producen, pero aún les queda un excedente del que se benefician otros grupos sociales. También son unos considerables consumidores de servicios

para los que no disponen de suficientes rentas, especialmente el sector de población con peor salud y más próximo al final de la vida. Lo que he tratado de hacer con mis investigaciones de las últimas décadas ha sido precisamente incorporar a la comprensión de la vida económica, a su relato, la perspectiva de quienes, encontrándose fuera del mercado, son parte esencial de la economía, tanto en el vector de la producción como del consumo. Por ejemplo, los enfermos, los ancianos y quienes se hacen cargo de las demandas de cuidado que el mercado no tiene interés ni posibilidad de satisfacer.

Para hacerse una idea de los cambios que introduce en la visión económica la incorporación del recurso de trabajo no remunerado del cuidado, basta con acudir a las encuestas de empleo del tiempo recomendadas por Naciones Unidas. Desde el Consejo Superior de Investigaciones Científicas se han realizado varios estudios monográficos utilizando este tipo de técnica, y el Instituto Nacional de Estadística ha efectuado dos grandes encuestas, en 2003 y 2010. Los resultados son espectaculares pues sacuden los límites de lo que se entiende por igualdad, por riqueza y pobreza, por desarrollo económico y social. El tiempo dedicado al trabajo no remunerado en los hogares, del que el cuidado en su definición más amplia forma parte esencial, es un tercio más alto que el tiempo de trabajo dedicado por el conjunto de la población al empleo, o sea, al trabajo destinado al mercado laboral. Esta cifra es la que se obtiene con las encuestas del INE, pero otras que emplean distintas metodologías ofrecen resultados aún más impresionantes. Si se aplica a la Encuesta de Empleo del Tiempo del INE un tipo de análisis que frecuentemente se aplica a la Encuesta de Población Activa para obtener lo que se denomina *empleos a tiempo completo equivalentes*, que tienen en cuenta el número medio de horas trabajadas por cada sector, resultaría que el trabajo no remunerado dedicado al hogar equivale a 28 millones de puestos de trabajo equivalentes a jornada completa en el sector servicios (véase el Anexo metodológico, al final de este artículo). Parte de esos invisibles millones de puestos de trabajo a jornada completa equivalentes son los que actualmente se dedican al cuidado de las personas de edad avanzada o enfermas, aunque también incluye el tiempo dedicado a la prevención de la enfermedad y a la cesión de trabajo por parte de las personas mayores con buena o mediana salud a otros

miembros de su familia, en especial niños o familiares sobrecargados por el trabajo destinado al mercado laboral.

Si el lector o lectora quiere entrar con mayor profundidad en estos temas, a los que aquí apenas podré hacer otra cosa que referirme brevemente, le remito a cuatro publicaciones de mi autoría. Son *Los costes invisibles de la enfermedad*, *El trabajo no remunerado en la economía global*, *Las personas mayores en la economía del País Vasco* y *La riqueza invisible del cuidado*. Este último libro incluye estudios monográficos que pueden leerse independientemente sobre los modos de envejecer, la relación entre cuidadores y cuidados, el mercado del cuidado, la actuación de las instituciones en el final de la vida y los retos demográficos para el futuro del cuidado. Los tres primeros son accesibles gratuitamente a través de la página web Digital.CSIC y sus enlaces a otras webs.

### 3. La capacidad económica de las personas de edad avanzada

Como muestran numerosas encuestas, los ancianos son clientes fiables. Pagan puntualmente sus deudas y no compran lo que no pueden pagar. La mayoría son propietarios de sus viviendas, lo que les coloca en una buena situación patrimonial que, sin embargo, no se traduce en una buena situación respecto a sus ingresos. Hasta ahora, la propiedad de la vivienda ha sido un elemento de seguridad económica, pero las generaciones más jóvenes no participan de esta tendencia. El patrimonio inmobiliario no proporciona liquidez para hacer frente a demandas urgentes: según la Encuesta sobre Condiciones de Vida, un tercio de los mayores de 65 años no podría afrontar gastos imprevistos. A pesar de ello, en épocas de crisis económica las pensiones son más estables y garantizadas que los salarios de los activos y, frecuentemente, los mayores comparten sus recursos económicos con otros miembros de la familia.

Pocos estudios se detienen a observar la situación económica de los ancianos que, por enfermedad, requieren gran cantidad de cuidados. El análisis de la Encuesta Financiera a las Familias (Banco de España, 2014) permite concluir

que la mayoría no pueden afrontar el gasto que supondría contratar un asalariado para cuidar a un anciano ni tampoco el del internamiento en una residencia geriátrica no subvencionada. Si el salario mínimo aumenta en una proporción mayor que las pensiones, como ha sucedido durante 2019, la posibilidad de adquirir cuidado remunerado se reduce todavía más.

Si le dedicasen la totalidad de los ingresos familiares, el 80% de los hogares (todos los quintiles excepto el más bajo) podrían permitirse el trabajo a jornada completa de un trabajador remunerado con el salario mínimo. Pero, evidentemente, ningún hogar puede prescindir de todos los gastos necesarios para dedicar su renta en exclusiva al consumo de cuidado remunerado. El 20% de los hogares, que se corresponde con los de menor renta, no podría adquirir los servicios de cuidado de un trabajador a tiempo completo, aunque los necesitase y dedicase a ello toda la renta del hogar. Si lo hiciera, no solo no le quedaría nada de dinero para pagar el resto de gastos imprescindibles del hogar, sino que se endeudaría cada año por un valor equivalente entre el 8% y el 18% de su renta (según se tome el indicador de renta mediana o el de renta media). En síntesis, el 60% de los hogares no puede comprar los servicios de cuidado remunerado de un trabajador a tiempo completo, ni siquiera pagando solamente el salario mínimo interprofesional, porque rebasaría el umbral del 33% de los ingresos del hogar, que se considera el límite que un hogar puede destinar a la adquisición de un bien básico.

La contratación de un cuidador remunerado tampoco resuelve en su totalidad la demanda de cuidado en los casos más intensivos. La jornada completa de trabajo remunerado solo cubre parte de las necesidades de un enfermo, un anciano dependiente o un niño. La jornada de los trabajadores asalariados no se corresponde con la jornada de necesidades de los enfermos o grandes dependientes, ni con la necesidad de cuidado y vigilancia de los niños. La del trabajador remunerado es de ocho horas, cinco días a la semana, y la del enfermo dependiente o el niño es continua durante día y noche y no se interrumpe en festivos ni vacaciones, ni por la enfermedad o cualquier otra causa de ausencia justificada del cuidador.

Si se produjera una situación de dependencia, la mayoría de los hogares no podrían hacer frente al internamiento de uno de sus miembros en una resi-

dencia no subvencionada con los activos financieros que poseen entre todos sus miembros. El 60% de los hogares no podrían pagar ni siquiera cuatro meses de residencia con sus activos financieros. Solo el decil más alto puede costear más de un año de residencia con el patrimonio financiero de todo el hogar.

## 4. A qué llamamos soledad: del concepto a los indicadores

### El sentimiento de soledad

Vivir solo y sentir soledad no es lo mismo, aunque frecuentemente se presenten de modo simultáneo. La mayoría de los mayores no se sienten solos ni infelices, pero como conjunto se distancian y empeoran respecto al resto de la población. Si pudiera resumirse todo ello en un indicador, el nivel de felicidad declarado por los mayores de 65 años es 6,94 puntos sobre 10,00 mientras que el general de la población mayor de 18 años es 7,36 (CIS, Barómetro de septiembre de 2018).

No insistiré en ello, aunque sí quiero hacer algunos comentarios relativos a la complejidad de la elaboración de indicadores y las dificultades de comparación entre fuentes. Pequeñas variaciones metodológicas, por ejemplo en el modo de atribuir un valor a los extremos de una escala, pueden hacer que las cifras de un presupuesto tomado sobre esos datos se dupliquen o tripliquen, haciendo inviable una propuesta legal (una ilustración: en la Encuesta a discapacitados EDAD2008, el número medio de horas de cuidado recibido por cada discapacitado variaba entre 5,7 y 9,6 horas diarias según la alternativa metodológica utilizada respecto al valor asignado a los extremos de la escala). Contribuye al sesgo metodológico que, cuando la dependencia se agrava, los dependientes, sobre todo los que vivían sin compañía, son trasladados a instituciones y resultan invisibles para las encuestas a hogares, que son las más comunes.

Es bastante común la asociación de ideas entre personas que viven solas y personas que necesitan ayuda, pero esta correlación es engañosa. Efectivamente,

quienes viven solos y necesitan ayuda se encuentran en una situación más grave que la de quienes viven en compañía de otras personas. Ya se ha alcanzado una proporción del 26% de mayores de 65 años que viven solos, en hogares unipersonales. Es un índice mucho mayor que para el conjunto de la población entrevistada en la encuesta del CIS sobre dependientes de 2014 (9%). Entre los mayores de 65 años, el 27% necesita algún tipo de ayuda para las actividades básicas de la vida. De ellos, el 21% lo precisa de modo permanente, mientras que el resto se reparte por igual (39,5%) entre esporádica y frecuentemente. Los dependientes tienden a trasladarse a los hogares de sus familiares, no llegan nunca a independizarse en un domicilio propio o bien algún familiar regresa a la vivienda cuando otro de los miembros de la familia deviene dependiente.

Tanto el envejecimiento como la residencia en hogares unipersonales son tendencias al alza que requerirán grandes cambios en la organización familiar y sanitaria.

### Soledad en convivencia

El alto índice de coresidencialidad es lo que permite un elevado número de horas diarias de dedicación a la población que las necesita. En todas las comunidades autónomas el grado de coresidencialidad es alto, pero con grandes diferencias entre ellas. En este sentido, hay que destacar el efecto negativo para la prestación de servicios de cuidado de la tendencia hacia los hogares unipersonales o unigeneracionales, así como el de los patrones urbanos de segregación espacial.

La convivencia es generalmente un buen antídoto contra la soledad, pero no garantiza vencerla. Ni para la persona mayor ni para quien la cuida. La enfermedad y la soledad pueden proyectarse, inducir la enfermedad y el aislamiento o la soledad en el otro. El 64% de los cuidadores han tenido que reducir o eliminar su tiempo de ocio, el 51% se sienten cansados y el 48% no pueden tomarse unas vacaciones. Para muchas personas, o bien no es posible mantener un empleo bajo esas condiciones, o bien se ven forzados a reducir el tiempo que dedicaban a sus anteriores ocupaciones, con lo que pierden la base de su independencia y bienestar económico.

Tanto el reparto social como la adscripción de los costes del cuidado tienen un fuerte componente político y de género. Lo confirman todas las fuentes disponibles; entre ellas las grandes encuestas de salud, las de discapacidad, las de mayores, las de población activa, las de empleo del tiempo, las de calidad de vida. Mientras los costes de tratamiento y cuidado de los enfermos en instituciones públicas se socializan —en el sentido de que se reparten entre toda la población, que sufraga el cuidado mediante impuestos—, en el caso de los enfermos cuidados en casa hay una fuerte concentración de los costes del cuidado. La mayoría de los varones solo asumen el cuidado si se trata del círculo muy inmediato y no hay otra persona disponible. Las mujeres cuidan a aquellos con quienes conviven, y llevan a convivir con ellas en mayor proporción que sus cónyuges a sus consanguíneos dependientes. Asumen, además, el cuidado de los convivientes de la anterior generación, la misma o la siguiente. Las cuidadoras convivientes son 2,7 veces más numerosas que los cuidadores convivientes, y las cuidadoras no convivientes 9 veces más que los hombres en igual situación. El arco de edad que aporta más cuidadores es el de 45 a 64 años, seguido del de 65 a 70 (EDAD2008).

La aceptación de traer al propio hogar a los padres en caso de invalidez es más elevada entre las mujeres, que en general asumen en mayor medida las obligaciones familiares que los varones. Las personas mayores de 50 años expresan una actitud más favorable que las menores de esa edad. No solo porque interfiere menos con su vida laboral y cargas afectivas, sino por distintas posiciones ideológicas. Hay que suponer que a corto plazo se debilitará este tipo de respuesta. El pago de cuidadores o residencias geriátricas no está actualmente al alcance de las familias de rentas bajas y tampoco lo ha sido históricamente. No las consideran como alternativa real al cuidado de sus mayores y optan por la solución de «traerlo a mi casa» en proporción triple que en las rentas altas (CSIC, Encuesta sobre el tiempo de cuidado, 2010).

Son los ancianos quienes nutren principalmente el colectivo de los dependientes. La convivencia facilita el cuidado, pero entre los convivientes se producen a veces situaciones de exclusión, maltrato y violencia. La población «normal» no se siente obligada a cuidar a todos los miembros de su familia y menos aún a los familiares lejanos o a los desconocidos si eso les exige un importante sacrificio como, por ejemplo, incumplir sus compromisos labo-

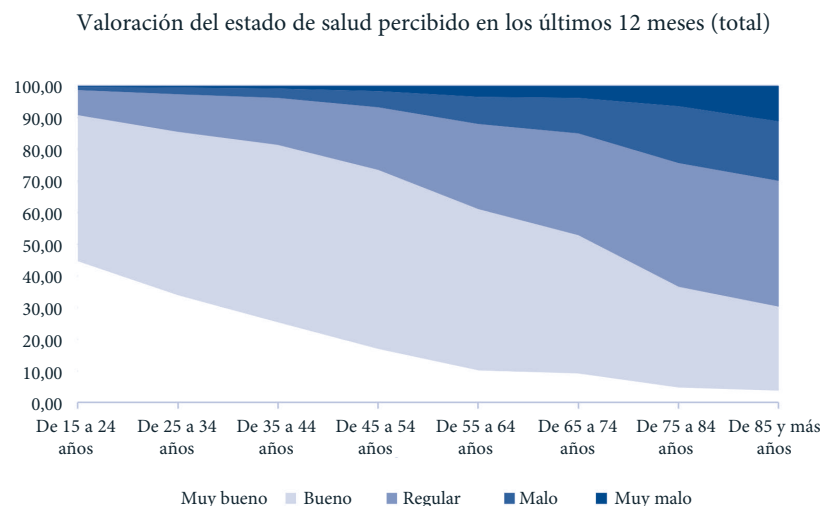
rales. Estas actitudes —que en cierto modo el Código Civil ampara al reconocer en el artículo 152 que el obligado no puede serlo hasta el punto de «desatender sus propias necesidades y las de su familia», y excusar el ejercicio de la tutela en el artículo 251 cuando resulte «excesivamente gravoso»— no tienen respuesta ni ofrecen alternativa real cuando se trata de prestar cuidado a los enfermos dependientes de larga duración, que son quienes sufren mayor riesgo de negligencia, maltrato psicológico y económico, o aislamiento. A partir de la no obligación, tales contingencias solo son escaladas de nivel en una proporción que comparte las mismas raíces.

En muchas ocasiones son causas estructurales las que colocan a los cuidadores familiares en situaciones precarias que no se considerarían tolerables para los restantes trabajadores. El maltrato no es justificable, pero la perspectiva individualista que solo ve en el maltrato dos protagonistas, el maltratador y el maltratado, es demasiado simplista, teniendo que centrarse la mirada en la estructura social y económica que genera el marco en que su acción se desenvuelve.

## 5. Envejecimiento, soledad y necesidad de ayuda

Todas las encuestas muestran que a medida que avanza la edad disminuye el nivel de salud autopercebido y aumenta la demanda sanitaria. Los días en cama, las hospitalizaciones, la interrupción de actividades por dolor o las demandas súbitas de atención que rompen la cotidianidad para transformarla en excepcionalidad, también aumentan a partir de los 75 años como consecuencia del agravamiento de enfermedades previas o de accidentes. Aunque esta sea la tendencia, hay que destacar que existe una elevada proporción de personas de edad muy avanzada que se sienten en buena forma física, en parte porque ajustan sus expectativas a sus posibilidades. En el gráfico adjunto, la zona clara ocupada por quienes tienen buena salud es casi tan amplia como la oscura.

La falta de confianza en que se recibirá ayuda en caso de necesitarla es una de las manifestaciones de la soledad de las personas mayores. Sin embargo,

**Gráfico.** El declive de la salud al final de la vida

Fuente: elaboración de MA Durán sobre datos del INE, Encuesta Europea de Salud en España, 2014.

entre la necesidad de ayuda personal, la atribución de responsabilidades y su ejecución por una persona o entidad concreta hay muchas conexiones intermedias. Por así decirlo, la conciencia de la necesidad es sumamente elástica y responde rápidamente a factores exógenos. Por todos estos matices, la comparación de los resultados es complicada; cada indicador, incluso los aparentemente iguales, responden a preguntas o criterios distintos.

Diversas encuestas coinciden en que existe confianza en la población española en que podrán obtener ayuda si lo necesitan (lo cree el 79% de los mayores de 16 años según la Encuesta Europea de Salud), sin que haya diferencias apreciables según género ni nivel de ingresos. La confianza se debe principalmente a la existencia de redes interpersonales que proveerán la ayuda sin necesidad de remunerarla. En cualquier caso, merece un análisis más detallado el sector moderadamente numeroso (21%) que cree que no dispondrá de esa ayuda cuando lo necesite.

## 6. La ayuda tecnológica y sus contrapartidas: la ciborgización del final de la vida

El sistema sanitario sufre dos presiones de signo contrario. Una de ellas es reducir costes; la otra, mejorar su dotación tecnológica. Los hospitales —y todo el conjunto de la organización sanitaria— han de afrontar el problema del coste de las máquinas y del número de utilizaciones que son necesarias para amortizarlas y justificar su adquisición y mantenimiento. Cada noche de estancia en una UVI cuesta más de mil euros, a veces dos mil. Más que un salario mínimo o una pensión mensual media. Hay que establecer las líneas de pago y sus derivaciones: su impacto sobre el presupuesto general del hospital; la competencia entre servicios sanitarios y respecto a otros tipos de servicios no sanitarios; el traslado de costes a las aseguradoras privadas, a la seguridad social, a los contribuyentes. La búsqueda del beneficio, o simplemente la justificación de las inversiones, puede introducir elementos distorsionadores para los que no es fácil establecer mecanismos eficaces de control.

La tecnificación y organización social han llegado hasta el proceso de la muerte, que ya no puede definirse con criterios *naturales*. El desarrollo tecnológico (máquinas, fármacos, trasplantes, informatización) ha traído grandes avances, como la superación de enfermedades que antes eran insalvables o la mitigación de los dolores de los enfermos. Sin embargo, también ha conllevado servidumbres, en especial la imposición de una actitud agónica en el entorno sanitario. La cuestión de si la alta tecnología mejora la calidad de vida en los últimos momentos del ciclo vital no tiene una respuesta concluyente. En algunos casos, sí. Cuando la técnica devuelve la salud o mejora considerablemente la calidad de vida no plantea dudas, salvo que su coste sea inasequible. Pero en otros casos, la tecnología puntera solo alarga los padecimientos del enfermo y agota los recursos de su entorno.

El cibernético es una mezcla de robot y ser humano. En los hospitales de las sociedades desarrolladas, la *ciborgización* —la simbiosis hombre-máquina— ya no es una metáfora ni un episodio de película de ciencia ficción. En las UVI o

secciones de cuidados intensivos los enfermos yacen alineados en sus camas articuladas. Están conectados a múltiples aparatos que sustituyen las funciones que sus cuerpos no pueden ejecutar por sí mismos. Por la nariz o la boca, les entran tubos conectados a las máquinas dispensadoras de oxígeno. Algunos de esos tubos, colocados tras una traqueotomía, atraviesan su garganta. Llevan sondas para la alimentación, para el drenaje de los riñones. Multitud de medicamentos cuelgan de envases suspendidos por ganchos de perchas metálicas de varios brazos, que se deslizan en el techo por rieles. Los medicamentos fluyen por pequeños canalillos hasta las venas de sus manos. Parches diversos en el pecho reciben el aporte de otras máquinas o de otros fármacos. Una red de pantallas parpadea a su alrededor, enviando mensajes al personal sanitario en una permanente sucesión de gráficas, señales luminosas y acústicas. La mayoría de los enfermos están sedados, inconscientes o semiinconscientes. Sobreviven porque están conectados; si se desconectasen morirían en pocos minutos. Las horas de visita para sus allegados se restringen a un breve intervalo a media mañana y otro breve intervalo a media tarde. Los turnos de profesionales sanitarios se suceden a lo largo del día, la tarde, la noche y los festivos. Cada paciente es visto o tratado por una decena de distintos profesionales en el mismo día. Los enfermos terminales poco pueden intervenir personalmente en el tránsito entre su vida y su muerte, porque tras el consentimiento informado las decisiones están transferidas básicamente a los expertos. Una vez que son conectados a los sistemas tecnológicos que asumen sus funciones vitales (latir, respirar, filtrar, evacuar) su muerte ya no dependerá tanto de sus fuerzas naturales como de la retirada de los aportes químicos externos o la desconexión de la maquinaria, lo que desemboca en situaciones no previstas ni resueltas en el plano legal. No existen umbrales previamente convenidos que la tecnología no pueda traspasar. La muerte social antecede, a veces por largo tiempo, a la muerte definitiva del cuerpo.

Si no cambia la tendencia (ya hay indicios de resistencia y cambio), la tecnificación extrema se impondrá en el final de la vida. Es lo que nos espera a cualquiera de nosotros. ¿Cuántos de estos enfermos entubados, sometidos a estimulación mecánica y química, inconscientes y aislados, recuperarán la salud en los próximos días? Lo lograrán parte de ellos, sobre todo los que

están en las UVI recuperándose de una intervención quirúrgica. Pero muchos no se repondrán nunca. Y son estos últimos los que concitan a reflexionar, porque las decisiones médicas rara vez pueden tomarse con certeza. La mayoría de estos pacientes sufren más de una patología y el pronóstico no puede ser absolutamente preciso. Las decisiones se adoptan por rango de probabilidades, fijando umbrales mínimos y máximos sobre la conveniencia de cada intervención. ¿Cuánto es el tiempo adecuado de conexión a las máquinas? ¿Cuáles son los límites a la *ciborgización*?

El tipo de final de vida que exige reflexionar, debatir, innovar, es el de los finales previsible, con escasas probabilidades de recuperación y altas probabilidades de empeoramiento de la calidad de vida del enfermo. No es buena estrategia insistir en la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (acrónimo LET); en realidad, el objetivo a cubrir es la Reorientación del Esfuerzo Terapéutico (acrónimo RET). Para determinar el punto en que se debe cambiar la orientación del esfuerzo terapéutico, dedicándolo a mejorar el final del enfermo y no a su curación, hace falta construir y debatir argumentos de tipo médico, social y económico. Para que esa decisión pueda tomarse de modo armonioso, antes hay que consensuar quién tiene el derecho y el deber de decir «no más».



## Anexo metodológico

### Conversión del tiempo de cuidado (definición extensa\*) en puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo

A. Fuente: elaboración de MA Durán sobre datos de Contabilidad Nacional en España 2016 (avance)

A1. N.º empleos equivalentes a tiempo completo, total sectores en miles = 17.417,7.

A2. N.º empleos equivalentes a tiempo completo, sector servicios en miles = 13.450,6.

A3. N.º empleos asalariados equivalentes a tiempo completo, total sectores en miles = 15.033,4.

A4. N.º empleos asalariados equivalentes a tiempo completo, sector servicios en miles = 11.603,3.

A5. N.º horas/año por asalariado equivalente a tiempo completo en total asalariados en 2016 = 1.810.

A6. N.º horas/año por asalariado equivalente a tiempo completo en total asalariados sector servicios = 1.782.

B. Fuente: elaboración de MA Durán sobre datos del INE, Población por edad 2016 (consulta 14 de septiembre de 2017)

B1. N.º personas de 10 o más años en 2016 = 41.905.044.

C. Fuente: elaboración de MA Durán sobre datos del INE, Encuesta de Empleo de Tiempo 2010

C1. Minutos dedicados diariamente por población de 10 años y más a Hogar y Familia = 223. % de participación = 83,8%. Tiempo social = 186,87 min.

C2. Minutos dedicados diariamente a Ayuda informal a otros hogares = 133 min. % de participación = 7,4%. Tiempo social = 9,84 min.

C3. Minutos dedicados a Hogar y Familia + Ayuda informal a otros hogares. Tiempo social = 196,71 min.; en horas y centésimas de hora: 3,27.

C4. Minutos diarios dedicados al cuidado (definición extensa) de la población mayor de 10 años (B x C3) = 8.243 millones; en horas: 137,4 millones.

C5. Horas anuales dedicadas al cuidado (definición extensa) de la población mayor de 10 años (C4 x 365) = 50.151 millones de horas.

D. Fuente: elaboración de MA Durán sobre datos del INE, Encuesta de Empleo de Tiempo 2010 y Contabilidad Nacional 2016

D1. Conversión del tiempo de cuidado (C5) en puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo en total sectores: 27.707.734.

D2. Conversión del tiempo de cuidado (C5) en puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo en sector servicios: 28.143.097.

D3. Porcentaje puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo en cuidado sobre puestos de trabajo asalariados equivalentes a tiempo completo en total sectores (D1/A1) = 159%.

D4. Porcentaje puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo en cuidado sobre puestos de trabajo asalariados equivalentes a tiempo completo en sector servicios (D2/A4) = 243%.

E. Fuente: elaboración de MA Durán sobre datos del INE, Encuesta de Empleo de Tiempo 2010

E1. Porcentaje población que participa en trabajo remunerado = 33,4%; tiempo diario = 457 min. Horas y centésimas de hora = 2,53. Tiempo social = 152 min.

E2. Minutos diarios dedicados al trabajo remunerado por la población mayor de 10 años (E1 x B) = 6.369.560 miles; horas = 106,2 millones.

E3. Horas anuales dedicadas al trabajo remunerado por la población mayor de 10 años (E2 x 365) = 38.748 millones.

E4. Conversión del tiempo de trabajo remunerado en empleos asalariados equivalentes a tiempo completo, total empleo, total sectores = 22.246.426 (E3: A5).

E5. Porcentaje del tiempo social dedicado al cuidado (definición extensa) sobre tiempo social diario dedicado al trabajo remunerado (C3/E1) = 129%.

Fuente: elaboración de MA Durán sobre datos de (A) Contabilidad Nacional en España 2016, (B) INE, Población por edad y (C) Encuesta de Empleo de Tiempo. // \* La definición extensa del cuidado incluye todo el tiempo dedicado a Hogar y Familia + Ayuda informal a otros hogares. Los puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo (ETC) se obtienen como el total de horas trabajadas dividido por la media anual de las horas trabajadas en puestos de trabajo a tiempo completo en el territorio económico.