

# LA DIGNIDAD DEL PACIENTE ANCIANO

Sugerencias para su mantenimiento y desarrollo

II Foro de “Ética y Envejecimiento” – Hospital Monte Naranco (Oviedo 2005)

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la esperanza de vida aumenta progresivamente debido a la evidente mejora de las condiciones de vida y al espectacular desarrollo de las ciencias biomédicas. Ello está dando lugar a lo que algunos autores llaman “envejecimiento del envejecimiento”, es decir, al hecho de que cada año es mayor el número de ancianos que alcanzan mayor edad. Suele asociarse con una progresiva disminución de facultades y un mayor grado de dependencia, lo que supone un crecimiento de demandas al sistema sanitario y su consiguiente incremento en el coste de las prestaciones sanitarias, además de toda una nueva serie de necesidades y problemas referentes al aspecto organizativo, asistencial, ético y moral, donde se en juego “el mantenimiento de la dignidad en el paciente anciano”, sobre lo que ofreceremos seguidamente algunas sugerencias para pensar juntos.

## 1. LA CUESTIÓN DE LA DIGNIDAD HUMANA

El concepto de dignidad tiene una larga historia<sup>1</sup> y en ella confluyen diversas tradiciones culturales y religiosas. Originalmente, la dignidad hacía referencia a una posición dentro de una determinada jerarquía social. Una persona se comportaba dignamente si lo hacía en consonancia con su rango. El sentido moderno del término ha quedado acuñado por I. Kant cuya idea de la dignidad dejó plasmada en uno de sus famosos imperativos categóricos: «Obra de tal modo que te relaciones con la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin y nunca sólo como un medio»<sup>2</sup>.

El término “dignidad” denota la cualidad de digno en el sentido de ser merecedor de algo.<sup>3</sup> El tiempo transcurrido para calificar la dignidad como humana y para atribuirle a cada ser humano está plagado de tanteos, conquistas, conflictos y, sobre todo, de errores. Pero, en cualquier caso, lo cierto es que la historia humana se puede describir como una gigantesca epopeya dirigida hacia una meta que se designa con los términos de felicidad y justicia. Ambos términos rebosan paradojas e indefiniciones, pero orientan nuestra historia individual y colectiva.

Ahora bien, la Humanidad, a medida en que ha ido recorriendo distintos y convergentes caminos, ha llegado a descubrir que el modo más seguro y eficaz para conseguir la felicidad y la justicia es afirmando el valor intrínseco de cada ser humano. Y a ese valor se le ha dado el nombre de “dignidad”, un valor supremo que ha encontrado su mejor definición operativa en los llamados derechos humanos cuyas dos grandes declaraciones, la de 1789 y la de 1948, constituyen otros tantos momentos estelares de la historia de nuestra propia humanización. Desde entonces, se ha venido implantando la convicción de que la dignidad es el origen de los derechos fundamentales de cada ser humano y que, por ello, ostenta la primacía en la escala de los valores y se hace acreedor del máximo respeto.

Dejamos a un lado la cuestión sobre las bases que justifican la dignidad humana y el respeto que merece cada ser humano. Hoy por hoy no existe posibilidad de acuerdo alguno.

<sup>1</sup> Cf. J. L. Velázquez, «La fundamentación de la dignidad», en L. Feito (ed.), *Bioética: la cuestión de la dignidad*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2004, 105-113.

<sup>2</sup> I. Kant, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Austral, Madrid, 1990, 104.

<sup>3</sup> Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, Madrid, 2001.

Pero sí es conveniente recordar los modos de entender hoy día la dignidad humana<sup>4</sup>. Todo depende del campo o ámbito donde se sitúa habitualmente el planteamiento de cada uno.

a) Si nos moviéramos en el *campo ontológico* estaríamos dispuestos a afirmar, como dice N. Andorno, «que la dignidad ontológica es una cualidad inseparablemente unida al ser mismo del hombre, siendo por tanto la misma para todos. Esta noción nos remite a la idea de la imposibilidad de reducir a este hombre a un número. Es el valor que se descubre en el hombre por el sólo hecho de existir. En este sentido, todo hombre, aun el peor de los criminales, es un ser digno y, por tanto, no puede ser sometido a tratamientos degradantes, como la tortura u otros»<sup>5</sup>. Así pues, la dignidad se funda en una filosofía del ser y en el correspondiente acceso cognoscitivo al ser de la persona, lo que, ciertamente, plantea diversos problemas al conocimiento. Hay de hecho determinadas perspectivas éticas que niegan la posibilidad de tener acceso al ser más íntimo del ser humano y, en consecuencia, ese ser fundante de la dignidad humana permanece en el desconocimiento. Y hay también corrientes filosóficas para las que la idea de la dignidad ontológica es absurda no sólo porque es imposible acceder a ella por el conocimiento, sino porque no hay ser, sólo hay un puro fenómeno empírico.

b) En cambio, si nos situáramos en el *campo volitivo* estaríamos convencidos de que la persona humana es digna porque es un ser, sí, pero ante todo libre, y se vulnera su dignidad cuando se vulnera su libertad. En este caso, la raíz de la dignidad no es el ser, sino la libertad, que actualmente suele concentrarse en el concepto de “autonomía”, es decir, en la capacidad de decidir por sí mismo y de imponerse a sí mismo las propias leyes de conducta. Por lo tanto, la dignidad depende del ejercicio de la libertad, precisamente porque el ejercicio de la libertad actúa los derechos fundamentales inherentes a la dignidad del ser humano. A partir de este planteamiento la autonomía personal se erige en principio distintivo y regulador de la dignidad humana y de su libre actuación. El gran obstáculo con que tropieza este planteamiento es la de separar subliminalmente la dimensión ontológica y la volitiva, el ser y la libertad. Es muy difícil, por ejemplo, justificar racionalmente la eliminación del ser en nombre de la libertad, como sucede en el caso del suicidio, puesto que el fundamento de las decisiones libres es sólo y exclusivamente el propio ser. En esas situaciones el ejercicio de la libertad conculca el fundamento que la sostiene y justifica.

c) Por otra parte, si nos introduyéramos en el *campo ético*, «la dignidad no hace referencia al ser de la persona sino a su obrar. En este sentido, el hombre se hace él mismo mayormente digno cuando su conducta está de acuerdo con lo que él es, o mejor, con lo que él debe ser. Esta dignidad es fruto de una vida conforme al bien, y no es poseída por todos del mismo modo»<sup>6</sup>, es decir, porque el bien se puede decir y hacer de muchas maneras, como afirmaban los clásicos. Lo más característico de este otro campo de comprensión es que la dignidad humana incluye la dimensión ontológica, y también la volitiva, pero va más allá: se refiere preferentemente a su dimensión práctica. La dignidad de cada uno no se puede reducir a lo que se es sino, principalmente, a lo que se hace. En el fondo es una cuestión de decencia<sup>7</sup>, o sea, demostrar conformidad entre nuestros actos y la condición de dignidad que nos caracteriza. Por eso lo realmente decisivo no es solamente lo que soy yo sino qué tipo de ser humano quiero ser y qué clase de persona humana demuestro ser con mis propias acciones. La estatura ética y moral de cada uno se plasma con toda objetividad en el trato que dispensamos a los otros, puesto que el origen de la ética reside en la experiencia y vivencia de los otros ante quienes tenemos que dar ineludiblemente una respuesta digna.

---

<sup>4</sup> Cf. F. Torralba, *¿Qué es la dignidad humana?*, Herder, Barcelona, 2005, 84-95.

<sup>5</sup> N. Andorno, *Bioética y dignidad de la persona*, Tecnos, Madrid, 1998, 57.

<sup>6</sup> N. Andorno, *Ibid.*, 57.

<sup>7</sup> V. Gómez Pin, *La dignidad*, Paidós, Barcelona, 1995, 30.

d) Por último, si adoptáramos la perspectiva del *campo teológico* llegaríamos a afirmar que todos y cada uno de los seres humanos tienen dignidad por el hecho de haber sido creados a imagen y semejanza de Dios. El hombre, como ser creado, merece respeto absoluto por su relación de amor y dependencia a su creador que es el Absoluto por antonomasia. «La dignidad esencial del hombre, decía Karl Rahner, consiste en que dentro de una comunidad diferenciada, dentro de una historia espaciotemporal, este hombre, conociéndose espiritualmente y orientándose libremente hacia la inmediata comunidad personal con el Dios infinito, puede y debe abrirse al amor, que es comunicación en Jesucristo»<sup>8</sup>. La sociedad actual se va haciendo reacia a este planteamiento por considerarlo una simple inercia que se ha colado en la cultura secular. «La dignidad autónoma de los seres humanos no depende ni de los dioses ni de aura alguna, ni es pepita de oro que, escondida, habitara dentro de nuestros corazones. La dignidad, producto humano, no se basa en la teología o trascendencia alguna»<sup>9</sup>.

Resulta difícil no acogerse a alguno o a varios de los planteamientos anteriores. Condicionan la vida diaria de cada y el modo de atender a los ancianos. Podríamos concluir este apartado diciendo que existe una íntima relación entre la dignidad humana y la aceptación incondicional de cada persona que, a raíz de ello, adopta un valor supremo, único, irrepetible, iremplazable e innegociable.

Y también deberíamos añadir, aunque parezca esto un especie de fuga de la razón, que la dignidad humana es un misterio porque está oculta o escondida tras el fenómeno. En última instancia, no se puede demostrar con pruebas evidentes, claras y apodícticas<sup>10</sup>. Quizá por eso, y sólo por todo eso, se puede sólo afirmar, como decía S. Weil: «En cada ser humano hay algo sagrado. Pero no es su persona. Tampoco es la persona humana. Es él, el ser humano, simplemente»<sup>11</sup>.

## 2. DIGNIDAD, ÉTICA Y CUIDADO DEL ANCIANO

La historia de la lucha por la dignidad humana es un modo legítimo para justificar la existencia de la ética<sup>12</sup>, sencillamente porque la exuberante textura de la vida cotidiana es el gran banco de pruebas donde se demuestra objetivamente la dignidad o indignidad del comportamiento moral. Nos encontramos ahí ante un mínimo fundamental que nadie puede ignorar y del que nadie tiene la exclusiva, pero de cuya lógica interna tampoco es posible prescindir: que el hombre sea *humano*, que lo humano sea lo *bueno*, y que lo bueno gire siempre en torno a la órbita de la *dignidad*. Por eso se puede decir que la dignidad humana es el hilo conductor de la historia de la ética y el principio cardinal que inspira los planteamientos de la bioética contemporánea<sup>13</sup>.

Así pues, la pregunta por la dignidad humana se ha terminado transformando en la pregunta moral por *lo que* debemos hacer de digno en favor de otro ser humano y se transforma asimismo en la pregunta ética de *por qué* lo debemos hacer. Sucede, sin embargo, que los modelos éticos que subyacen a las morales vigentes son diversos y hasta contrapuestos entre sí. Por razones de brevedad, y a sabiendas de incurrir en una excesiva simplificación, lo vamos a constatar con dos éticas basadas a su vez en dos antropologías diferentes:

---

<sup>8</sup> K. Rahner, *Escritos de Teología II*, Taurus, Madrid, 1961-1999, 248.

<sup>9</sup> J. Sádaba, *Diccionario de ética*, Planeta, Barcelona, 1997, 90.

<sup>10</sup> Cf. F. Torralba, *Ibid.*, 402, cit. supra en nota 4.

<sup>11</sup> S. Weil, *Escritos de Londres y últimas cartas*, Editorial Trotta, Madrid, 200, 17.

<sup>12</sup> J. A. Marina - M<sup>a</sup> de la Válgoma, *La lucha por la dignidad*, Anagrama, Barcelona 2000, 27-28.

<sup>13</sup> Cf. A. Langlois, «Dignité humaine», en G. Hottois - J. N. Missa (eds.), *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, DeBoeck Université, Bruselas, 2001.

- a) La primera intenta desarrollar la identidad personal, la construcción del propio Yo, mediante la relación con los “otros”. Tan es así que resulta imposible concebir el propio Yo sin “alteridad”, es decir, aislado o en solitario al margen de o prescindiendo de los demás: «El término *Yo* significa *heme aquí* dispuesto a todo y a todos... constricción a dar a manos llenas»<sup>14</sup>. Y, del mismo modo, el hecho de afirmar «Soy “con los otros” significa “soy por los otros”: responsable del otro»<sup>15</sup>. El lugar por antonomasia de la ética son las relaciones personales.
- b) La segunda, en cambio, intenta desarrollar la identidad personal y construir el propio Yo, mediante o a través del dominio, el control y el poder sobre cualquier cosa que no soy Yo, incluidos los demás. Este afán conquistador ha producido los mayores avances científico-técnicos jamás conocidos hasta ahora, con su correspondiente calidad de vida, pero a costa de llevar por delante cualquier cosa que no sea el Yo individual, colectivo o institucional, incluidos sus propios semejantes.

Es de suyo evidente que la ética del cuidado no tiene el mismo fundamento ni los mismos resultados en uno u otro modelo. Más aún, todo parece indicar que el futuro de la humanidad exige subordinar el segundo modelo al primero, sencillamente porque lo decisivo reside en adoptar una dirección diferente a la que estamos llevando: la dirección de «ir hacia el otro», que no es sólo vecino, competidor o cliente, sino, por encima de todo, «interlocutor»<sup>16</sup>.

A lo largo de las dos últimas décadas se han publicado muchos trabajos en torno a la diferencia y la complementariedad entre los términos “curar” y “cuidar”, referidos al ámbito de la medicina. Nos interesa aquí centrarnos en la tarea de cuidar<sup>17</sup> que, siendo muy antigua, vuelve a recuperar de nuevo todo su vigor.

El punto de partida de la ética del cuidar es la experiencia y la vivencia del otro en cuyo “rostro” se concentra lo más distintivo de su persona, aunque no diga físicamente nada ni hable por sí misma. Solamente es posible responder a la llamada de ese “rostro” si salimos de nosotros mismos, nos abrimos a la exterioridad y nos disponemos a responder. Podremos comprobar, entonces, que cuidar de alguien no significa *estar-con* alguien, significa *estar-por* alguien, es decir, vivir preocupados y ocupados física y mentalmente por ese alguien. Y al llegar a esa altura comprobaremos también que nuestra responsabilidad no sólo recae sobre nuestros actos y sus consecuencias. Más bien constataremos que somos responsables del otro, de su existencia, de su conservación en el ser, de su desarrollo como ser humano. Se trata de una responsabilidad que afecta a todo mi ser y a todo mi obrar. No soy responsable *frente* al otro, sino responsable *del* otro, en particular de lo referente a su fragilidad y vulnerabilidad.

Uno de los grandes humanistas trágicos decía: «Él fue (el hombre) quien creó un sentido humano para las cosas. Por eso se llama “hombre”, es decir, “el que da la medida del valor”. Valorar es crear... y sin el valorar estaría vacía la nuez de la existencia»<sup>18</sup>. Y otro de los defensores del ideal humanista escribía: «donde la vieja filosofía decía: sólo lo racional es verdadero y real, la nueva filosofía diga, por el contrario, sólo *lo humano es lo verdadero y lo real*; pues sólo lo humano es lo racional; el hombre es *la medida de la razón*»<sup>19</sup>.

En la línea de estos grandes autores se podría añadir que para no dejar vacía la nuez de la existencia, como decía Nietzsche, deberíamos apostar decididamente por el valorar a cada anciano, porque «valorar es crear». Y, al mismo tiempo, deberíamos convencernos de que atender y cuidar a una persona anciana derrocha realismo y rezuma dignidad, porque «sólo lo humano es lo verdadero y lo real», como afirmaba Feuerbach. El reconocimiento de la digni-

<sup>14</sup> E. Lévinas, *De otro modo de ser, o más allá de la esencia*, Sígueme, Salamanca, 1995, 183.217.221.223.

<sup>15</sup> E. Lévinas, *De lo sagrado a lo santo*, Río Piedras, Barcelona, 1997, 136.

<sup>16</sup> Cfr. E. Lévinas, *Humanismo del otro hombre*, Ediciones Siglo XXI, México, 1974, 56-57.

<sup>17</sup> E. D. Pellegrino, «The Caring Ethic: the relation of physician to patient», en A. H. Bishop (ed.), *Caring, curing, coping. Nurse physician patient relationships*, University of Alabama Press, Alabama, 1985.

<sup>18</sup> F. Nietzsche, *Así habló Zaratustra*, Planeta-Agostini, Barcelona, 1986, 78.

<sup>19</sup> L. Feuerbach, *Principios de la filosofía del futuro*, Orbis, Barcelona, 1984, 118

dad humana en abstracto es relativamente sencillo, pero es más difícil reconocer la dignidad del otro imponiéndose el deber de hacer algo por ese otro. Recordemos seguidamente algunas pautas de actuación al respecto<sup>20</sup>.

## 2.1. Algunos deberes de la ética del cuidar

### A) *Compasión*

Consiste en percibir e interiorizar el sufrimiento de la persona anciana y compartirlo como si fuera algo propio, procurando superar la asimetría de la situación y llevando a cabo en un movimiento solidario que se traduce en hacerse cargo y hasta cargar con él.

### B) *Confidencialidad*

Es la disposición efectiva de guardar para uno mismo, con la mayor discreción, lo referente a la intimidad y mundo interior de las personas. Además de garantizar un derecho fundamental, nos mantiene alerta para no exponer a nadie ante ninguna clase de exhibición.

### C) *Confianza*

Confiar en alguien equivale a ponerse en sus manos. Y eso sucede cuando uno se fía del otro y le reconoce autoridad profesional, ética y emocional. Estamos ante una virtud indiscutible de quienes se dedican a curar y a cuidar ancianos. La pérdida de confianza vacía de contenido las relaciones humanas y suele convertir la relación médico-enfermo en un mero trámite contractual<sup>21</sup>.

### D) *Conciencia*

Significa capacidad de reflexión, prudencia, cautela y conocimiento de las cosas que se traen entre manos. Ello supone estar atento a lo que se hace someterlo constantemente a evaluación. La inconsciencia termina banalizando el cuidado como si fuera solamente una pura actividad mecánica.

### E) *El tacto*

Resulta imposible cuidar a un ser humano virtualmente, o sea, a distancia, precisamente porque «el rostro habla»<sup>22</sup>. El tacto se refiere a la capacidad de saber estar en un determinado sitio y en una determinada circunstancia sin incomodar, sin molestar a la persona afectada. Significa saber decir lo más conveniente, saber callar en el momento oportuno y saber retirarse a tiempo.

### F) *La escucha y la mirada*

Es imprescindible mirar y escuchar<sup>23</sup>, no sólo ver y oír. Esto exige vaciar fuera de uno mismo los propios asuntos puesto que, de lo contrario, terminaríamos proyectando en el anciano nuestras fijaciones y problemas de orden personal. Del mismo modo, la expresión de una persona anciana, aunque no hable nada, transmite verdaderos discursos que jamás son insignificantes, ni banales ni circunstanciales, porque salen de su interior y nos necesitan como interlocutores.

---

<sup>20</sup> Cf. F. Torralba, «Lo ineludiblemente humano. Hacia una fundamentación de la ética del cuidar», *Labor Hospitalaria*, 253-3 (1999) 129-188; ID., *Antropología del cuidar*, Mapfre-Medicina, Barcelona 1998.

<sup>21</sup> Cf. E. D. Pellegrino, «Las relaciones entre médicos y enfermos», *Atlántida* 4 (1991) 44-51.

<sup>22</sup> E. Lévinas, *Humanismo del otro hombre*, Caparrós Editores, Madrid, 1993, 45.

<sup>23</sup> Cf. G. Brykczynska, «Caring. Some philosophical and spiritual reflections», en J. Moya - G. Brykczynska (eds.), *Nursing Care*, Edward Arnolf, London, 241-241.

### *G) Dejar que el otro sea él mismo*

Cuidar de alguien es dejarle ser, ayudarle a ser, preservar su identidad, favorecer y respetar su autenticidad, es decir, su modo específico de ser y desarrollarse como persona. Dejar que el otro sea él mismo no significa abandonarlo a su suerte o ser indiferente ante él, ni manipularlo, ni sustituirlo o anularlo desde nuestros intereses. Se trata más bien de velar y acompañar, preocuparse y ocuparse del otro. Significa decir: «heme aquí dispuesto a todo y a todos»<sup>24</sup>.

### *H) Procurar por el otro*

Se basa en la relación interpersonal y por eso se dice que “procurar por” suele traducirse en “ser con”, teniendo en cuenta que hay diversas formas de interacción: ser uno para el otro, uno contra el otro, uno sin otro, pasar de largo junto al otro, no importarle nada uno al otro<sup>25</sup>. Ser uno para el otro está lleno de valor. En las demás situaciones el otro no importa y hasta puede ser eliminado.

## **2.2. Algunas necesidades a las que debemos responder**

La dependencia y la carencia forman parte de la condición humana. Los hechos son tercos en demostrarlo. El ser humano es carencial porque siempre tiene que resolver necesidades y, además, es dependiente porque en muchas ocasiones no puede vivir sin la ayuda de otro. Hoy día es urgente recuperar y cuidar algunas necesidades vitales<sup>26</sup>, tal y como podemos comprobar en nuestra relación cotidiana con las personas ancianas.

### *A) Necesidad de sentido*

El ser humano tiene ante sí un amplio abanico de sentidos para su vida y tiene que elegir uno de ellos. Puede cambiarlo, pero es incapaz de vivir sin ninguno. Es muy probable que el sentido de la vida de un anciano sea directamente proporcional al de toda su trayectoria vital y que el sentido de la atención que se le preste guarde proporción con el que cada profesional otorgue a su propia actividad. Reducirlo todo a una simple tarea mecánica o burocrática induce a dejar de hacer las cosas, sencillamente porque pierden su sentido.

### *B) Necesidad de reconocimiento*

El ser humano no sólo tiene necesidad de conocer, sino de ser reconocido. Cuando no es posible satisfacer esta carencia fundamental, la propia identidad se vive de manera traumática. Reconocer la identidad del otro significa tratarlo como a un tú que tiene nombre y que es, por encima de todo, una persona singular, única e irrepetible. El trato anónimo, la atención despersonalizada y la caída en la indiferencia vacían de significado la acción de cuidar y la propia actuación clínica.

### *C) Necesidad de reconciliación*

Es frecuente que el paciente anciano sienta la necesidad de cerrar el círculo de su existencia y vencer posibles resentimientos. Un camino adecuado es propiciar la reconciliación, el perdón, que tiene expresiones de carácter afectivo y psicológico produciendo paz y serenidad interior. En una situación terminal quizá se plantea con más urgencia la necesidad de resolver asuntos pendientes. Facilitar todo esto humaniza la vida.

---

<sup>24</sup> E. Lévinas, *De otro modo de ser, o más allá de la esencia*, Sígueme, Salamanca, 1995, 183.217.221.223.

<sup>25</sup> Cf. M. Heidegger, *Ser y Tiempo*, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 2001, 138.

<sup>26</sup> Cf. F. Torralba, «Necesidades espirituales del ser humano», *Labor Hospitalaria*, 271-1 (2004) 7-16.

#### *D) Necesidad de arraigo*

Todos tendemos a echar raíces, así como a cultivar y sentir la necesidad de estar con los nuestros, lo que lleva consigo establecer lazos afectivos y un clima de cercanía y proximidad. El individualismo, el atomismo, la fragmentación injustificada de funciones, la ausencia o ruptura de relaciones de confianza, pueden empujar al anciano a sentirse como un extraño entre desconocidos.

#### *E) Necesidad de verdad*

El ser humano desea por naturaleza conocer la verdad de cuanto le sucede, máxime si está enfermo, aunque no siempre esté preparado para recibirla o digerirla. Hay que comunicar la verdad soportable, es decir, la que tal paciente concreto puede comprender y asumir. También puede alegar su derecho a no conocerla. Por eso conviene evitar tanto el peligro de la indiferencia informativa como el del encarnizamiento informativo. Es más positivo indagar las causas del temor del paciente y ayudarlo a superarlo para enfrentarse con su propia verdad.

#### *F) Necesidad de libertad*

El concepto de libertad es más amplio que el concepto de autonomía. Cuando se cuida la libertad de un paciente anciano hay que poner el énfasis en la liberación de todas las ataduras de su propio yo, porque le atenazan y le rebajan a un estado de subordinación injusta. La enfermedad puede ser una dificultad añadida. No obstante, entender la libertad como liberación permite a la persona anciana sentirse útil y hace posible ayudarlo a tomar sus propias decisiones.

#### *G) Necesidad de soledad y silencio*

El ser humano siente la necesidad de aislarse periódicamente y estar a solas consigo mismo recordando sus historias, reviviendo sus emociones y rumiando pausadamente sus dudas y problemas. Esta necesidad es fundamental para el equilibrio personal del anciano que tiende a vivir el presente desde el pasado y acumula dificultades para reconstruir conscientemente su propia identidad.

#### *H) Necesidad de gratitud*

Puede describirse como la necesidad de sentirse agradecido por lo que uno ha hecho. Todos necesitamos, y en particular los ancianos, que nos digan gracias por lo que hemos dicho y hecho, por nuestro papel ejercido en esta vida. Esta tarea es posible llevarla a cabo cuando el cuidador es capaz de ayudar al anciano a caer en la cuenta de que le ha merecido la pena haber vivido, incluso con episodios aparentemente irrelevantes.

### **2.3. Relación entre dignidad y cuidado del otro**

Según acabamos de exponer, la ética del cuidado del otro interpreta la ética como una combinación de receptividad, relación y capacidad de responder a las carencias y necesidades del otro<sup>27</sup>. Esta capacidad moral está vinculada a nuestra condición humana de ser vulnerables, débiles y dependientes. Entre todos los seres vivos solamente los humanos son capaces de cuidar a sus ancianos, discapacitados y enfermos. Y a mayor abundancia, la atención a estas personas no se puede justificar desde la biología. Prueba de ello es que el desarrollo de los sistemas de salud y de atención socio-sanitaria supera con creces a cualquiera de los sistemas que podamos encontrar en el resto del mundo natural. Por eso la dedicación a los ancianos es

---

<sup>27</sup> Cf. B.Hanson, «Éthique du souci de l'autre», en G. Hottois - J. N. Missa (eds.), *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, De Boeck Université, Bruselas, 2001.

expresión de una capacidad moral propiamente humana y tan *particularmente valiosa para la dignidad humana* como el ejercicio de la autonomía moral o la realización de uno mismo.

La capacidad de ayudar a otro no es un requisito previo para conseguir moralidad. Es ya en sí misma una capacidad moral diferente y específica, puesto que responde al valor intrínseco del otro y es a la vez origen y fuente de ese valor que se le reconoce en la práctica. En este caso, es imprescindible traer a la memoria que a cada uno de nosotros nos han cuidado alguna vez maternalmente<sup>28</sup>. Por eso viene bien recordar el aforismo de que “todos somos hijos de una madre” en el sentido de que una persona haya asumido la responsabilidad de haber atendido nuestra dependencia y vulnerabilidad y que, además, haya sentido nuestro bienestar con tal fuerza que lo ha considerado suyo y lleno de alto valor.

Así pues, el citado aforismo pone de relieve una relación especial que vincula a dos personas entre sí. En ese tipo de relación se expresa la propiedad común de los seres humanos para ser tratados de igual forma, para disfrutar del mismo bienestar, así como para tener acceso a las mismas oportunidades, recursos sanitarios y bienes sociales, es decir, merecedores de los mismos derechos y de la misma dignidad. Por lo tanto, cuidar a otro como una madre cuida a su hijo o como cualquier asistente o profesional sanitario cuida a quien está bajo su protección, es una clase de relación especial y particular. Da origen a una situación en la que uno subordina o pospone sus propios intereses y hasta se priva de ellos para satisfacer las necesidades del otro de un modo que en otras circunstancias sólo lo haría un esclavo. La donación que uno hace de sí mismo no busca normalmente la reciprocidad o la compensación. Cuidar a otro posee valor en sí mismo y lo único digno de tal esfuerzo es la presencia de otro ser humano vulnerable y dependiente. El reconocimiento de este valor no se consigue mediante la actividad intelectual de admitir el respeto a la dignidad del otro, sino mediante la actividad práctica del cuidado que surge del amor concreto a una determinada persona donde va incluido el deber de ayudarla cuando lo necesite.

En resumen, la dignidad del paciente anciano se fundamenta en nuestra relacionalidad constitutiva como seres humanos, en nuestra necesidad de ser cuidados, en nuestra dependencia y vulnerabilidad, y en el valor que se realiza cuando hay quienes se consagran a nuestro servicio para que podamos vivir con dignidad... o morir con dignidad.

### 3. CRITERIOS PARA UNA ÉTICA DE LAS PERSONAS ANCIANAS

El crecimiento exponencial de las personas ancianas está poniendo en cuestión toda la reflexión ética y moral. Tan es así que una posible ética de la ancianidad no habría que tratarla como una parte o capítulo más de la ética, sino como el test que mide la calidad moral de todo nuestro sistema social y, además, como la prueba de resistencia a la que debe someterse la ética general<sup>29</sup>. Hay en ese sentido cinco aspectos que no puede pasar por alto una ética de la ancianidad: la finitud del ser humano, la distinción entre vida productiva y vida activa, los límites de la autonomía personal, la afectividad y la irreversibilidad de la muerte.

#### 3.1. La finitud constitutiva de la vida

No es necesario acudir a ninguna clase de sesuda tarea filosófica para caer en la cuenta de que la vida no sólo es tiempo físico. Es sobre todo tiempo vivido que se termina. Nos

---

<sup>28</sup> Cf. E. Kittay, *Love's Labor: Woman, Equality and Dependency*, Routledge, Nueva York, 1999; E. Kittay «Discapacidad, dignidad y protección», *Concilium* 300 (2003) 295-307

<sup>29</sup> Cf. A. D. Moratalla, «Ética y ancianidad.: entre la tutela y el respeto», en F. Gafo (ed.), *Ética y ancianidad*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1996, 67-94.



hacemos conscientes de ello cuando experimentamos el carácter irreversible del propio deterioro biológica y, con mucha frecuencia, cuando constatamos la vitalidad de los jóvenes ante el paso de nuestros propios años.

Cuesta admitir o resignarse a no ser una máquina perfecta, a que la vida sea limitada, a que fracasen nuestros proyectos, a que nuestro final no sea el previsto ni en el momento previsto. Quizá por eso el paso de los años nos empuja a relativizar todas las cosas y, cuando se llega a la ancianidad despertamos a la necesidad de adaptarnos<sup>30</sup>. Resulta imprescindible adaptarse para aprender a ser anciano y querer serlo con todas sus virtualidades.

El término de “finitud” aplicado a lo que tiene fin, término y límite<sup>31</sup>, se refiere a todos y cada uno de nosotros. La vida se presenta entonces como resistencia a un tiempo que transcurre dentro de cada uno y por cada uno. Es en la ancianidad cuando uno descubre que es más real de lo que se imaginaba y que el decaimiento es a la vez anímico y corporal, físico y psíquico. Tomamos conciencia, entonces, de que vivimos bajo una doble condición: por un lado la del cuerpo que se va deteriorando gradualmente y nos limita a depender de otros y, por otro lado, la de saber que en esa situación seguimos siendo conductores de nuestra actuación personal con una lucidez y claridad de las que antes no éramos conscientes. En tal situación suele tomarse en serio la realidad de la propia vida no ya sólo como historia sino, sobre todo, como biografía personal e intransferible.

### 3.2. Vida productiva y vida activa

El problema moral de la jubilación no se resuelve retrasando o adelantando la edad de la persona jubilada. El problema reside en la desvalorización de la persona al dejar para siempre su ocupación laboral, puesto que en esa nueva situación pasa a ser considerada inútil e improductiva. La productividad no tendría nunca que ser el criterio de la valoración moral. La ancianidad es una fuerte llamada de atención para no construir una sociedad de necios que confunden el valor con el precio<sup>32</sup> o que reducen por el sistema lo ético a lo económico.

Sin embargo, aún seguimos confundiendo vida activa con vida productiva. El cálculo y la eficiencia han dejado de ser variables de estimación matemática para convertirse en variables generalizadas de estimación moral. En realidad, el modelo del *homo economicus* y del *homo faber* son sólo una versión, y a veces deforme, del ser humano tal cual, concreto y real.

Ya hubo un famoso clásico que nos recuerda que la ancianidad no es una edad inútil ni inactiva, y añadía que las grandes acciones no son producto de la fuerza, la velocidad o la potencia física, sino del pensamiento, del carácter y del juicio. Estas cualidades, lejos de disminuir con la edad, se incrementan<sup>33</sup>. Por eso la ancianidad puede vivirse como un momento de plenitud buscada y querida.

Todo ello confirma que el *dato* de la edad es mucho menos importante que las *dotes* con las que uno intenta mantener su vida activa. Vivir activamente no es vivir agitadamente. Es vivir los recuerdos, los sentimientos..., con sosiego, serenidad y realismo.

### 3.3. Los límites de la autonomía personal

Actualmente la autonomía personal es uno de los patrones distintivos de la vida humana y encuentra su expresión más clara en el concepto de independencia<sup>34</sup>. Este modelo

---

<sup>30</sup> Así lo decía G. Marañón, citado por P. Laín Entralgo, *Hacia la recta final*, Círculo, Madrid 1990, 16.

<sup>31</sup> Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, Madrid, 2001.

<sup>32</sup> Cf. A. D. Moratalla, *Ibid.*, 72, cit. supra en nota 29.

<sup>33</sup> Cf. Cicerón, *De Senectute*, VI, 17.

<sup>34</sup> Cf. G. J. Agich, «Ética y envejecimiento», en D. C. Thomasma - T. Kushner (eds.), *De la vida a la muerte. Ciencia y Bioética*, Cambridge University Press, Madrid, 1999, 161-162.

de vida tanpreciado y normalizado en la sociedad occidental, que sitúa el valor de la autonomía en cotas tan altas, genera también un rechazo generalizado ante cualquier tipo de dependencia. En tal situación es obvio que las personas ancianas tiendan a considerar que la pérdida gradual de autonomía e independencia equivalga también a la pérdida de autoestima personal.

Todo ello nos urge a enfocar y plantear la vida desde la *alteridad constitutiva del sujeto*, porque, desde ella, se constituye, ordena y cobra sentido la propia libertad personal, o sea, la autonomía y la independencia. Es imposible construir la autonomía personal sin la presencia de los otros, sin la respuesta diaria que damos a las llamadas y hasta las impertinencias de los demás. Y es imposible vivir en la más pura independencia sencillamente porque durante todas las etapas de la vida y, en particular, durante la infancia y la ancianidad, la misma dependencia es en una condición de la vida.

Por eso constituye un grave error continuar edificando un tipo de sociedad basada preferentemente en la fuerza y el poder. Si no fuésemos capaces de rectificar ese modelo de vida, no sólo sería más difícil justificar la atención a los ancianos, sino que habría que excluir a cuantos no se ajustan a ese único patrón y, sobre todo, a las personas discapacitadas o con enfermedad mental de la juventud, situada hoy en el ojo obsesivo del marketing comercial.

Aceptar el hecho irrefutable de la alteridad significa que en este mundo tendría que haber sitio para todos sin excepción y significa, también, que podemos ayudar a los ancianos a vivir el envejecimiento sin sensaciones de marginación ni de inutilidad. Conviene tener presente esta alteridad porque, en definitiva, ningún «otro» debería ser enemigo, ni intruso, ni extraño, ni siquiera competidor..., sino el camino por el que cada uno se conoce y se realiza.

### 3.4. La afectividad oblativa

La persona anciana suele ser muy especial desde el punto de vista afectivo. Sus relaciones sociales se nutren del fondo de recuerdos, experiencias y tradiciones a los que no duda en volver como un refugio que le consuela de sus achaques. Puede racionalizar con bastante libertad su vida afectiva porque se ve más frágil y necesitado y, al mismo tiempo, más alejado de los impulsos juveniles.

Todo ello permite afirmar que las personas ancianas viven un tipo de afectividad que podríamos llamar oblativa. No es una afectividad de dar o entregar más o menos y obtener algo a cambio. Se trata de la afectividad del dar-se, del ofrecer-se, una donación que es más confusa a otras edades porque se espera una contraprestación. Estamos ante una afectividad fundada sobre todo en el ofrecimiento y la entrega desinteresada. Por eso quizá J. Guignon calificó la ancianidad como la edad oblativa del amor<sup>35</sup>. En ese momento de la vida en que las hojas caen, y se deja ver el árbol, la afectividad y el cariño adquieren bellísimas expresiones de ternura, se separa lo esencial de lo efímero y, principalmente, la persona está ante su propia verdad.

Tarde o temprano la vejez se instalará en cada uno de nosotros y prevalecerá la serenidad, el amor, la actividad, o bien se inundará de endurecimiento, tristeza y derrota. Depende en gran medida de nosotros que merezca una cosa u otra<sup>36</sup>, y dependerá en gran parte de lo que ahora queramos hacer en beneficio de las personas ancianas que tratamos o cuidamos.

### 3.5. La irreversibilidad de la muerte

Los rasgos que definen el morir humano podrían resumirse así:<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> Cf. J. Guignon, *L'amour humaine*, Aubier, París, 1948, 293.

<sup>36</sup> E. Mounier, *Obras IV*, Sígueme-Instituto E.Mounier, Salamanca, 1992, 172.

<sup>37</sup> Para lo que sigue, cf. J. L. Ruiz de la Peña, *El hombre y su muerte*, Aldecoa, Burgos, 1971; *La otra dimensión. Escatología cristiana*, Madrid 1975, 309-312; *El último sentido*, Marova, Madrid, 1979, 145-151.

a) La muerte es, ante todo, *el fin del hombre entero*. Todos los aspectos constitutivos de lo humano son radicalmente afectados por la muerte, que se presenta a cada uno como disolución de la unidad del ser, sustracción de la esfera de lo mundano y ruptura de las relaciones con los demás. La muerte no es sólo negación de la vida sino eclipse del sujeto viviente entero, es el fin del hombre.

b) Es también *la posibilidad por excelencia del hombre*, porque ella es la única certeza ineludible que posee acerca de su futuro. Para cada ser humano, que es por naturaleza prospectivo, un proyecto, o sea, que existe en la medida en que actúa progresivamente sus posibilidades, la muerte representa la única posibilidad factible y absoluta. De ahí que se le haya caracterizado como «ser para la muerte», el único viviente ordenado intrínseca y dinámicamente hacia ella, porque «morir siempre es una cuestión de tiempo»<sup>38</sup>.

c) Por último, la muerte goza de *una presencia constante en la vida*, dado que podemos morir en cualquier momento, es decir, la muerte posee un marcado carácter de inminencia. No se trata de un evento lejano. Su sombra se proyecta sobre el curso entero de la vida, como el remate final de un proceso iniciado antes de nacer. Por eso el hombre está obligado a tomar postura ante ella en el sentido de que puede y debe *morir la muerte*, no sólo expirar. No soportarla pasivamente, sino obrarla. Al ser la muerte el punto final del trayecto de la vida, el hombre no sólo puede padecerla por necesidad natural sino que debe optar ante ella, no puede rehuir la responsabilidad de apropiarse de su más propia y decisiva posibilidad, sino elegir libremente el modo de afrontarla, de morir su muerte.

La muerte y el proceso de morir son sucesos que no se pueden evitar pero que es imprescindible vivir<sup>39</sup>. Son acontecimientos ineludibles y ajenos al orden moral, porque no se les puede adscribir a la responsabilidad de un sujeto agente, pero sí podemos intervenir sobre ellos con una variada gama de acciones y sólo en este caso entramos expresamente en el campo de la moral y la ética.

En el caso que nos ocupa la cuestión central es cómo acompañar a la persona en el proceso de morir para que tenga una muerte digna. Quizá la expresión más adecuada no sea la de “ayudar a morir”, sino la de “ayudar durante el proceso de morir” con el fin de ayudarle a vivir su muerte con dignidad. ¿Cómo se le ayuda? ¿Qué se le dice? ¿Qué se hace? ¿Cómo humanizar ese proceso?

Un gran obstáculo para ofrecer una atención integral a la persona moribunda es la ocultación de la muerte en nuestra sociedad a pesar, incluso, de lo paradójicamente cruel que resulta contemplar tan a menudo las muertes provocadas por las guerras, el terrorismo o los accidentes de tráfico. Ya desde la década de los 70 del pasado siglo se viene denunciando este fenómeno en medio de la asepsia hospitalaria debido, entre otras cosas, a la rutina del trato con los moribundos que “normaliza” el momento de la muerte haciéndola pasar a un segundo plano y disminuyendo su impacto emocional. Asimismo, la difusión de los tanatorios, con sus legítimas prestaciones sobre la organización de los duelos, contribuyen a “despistar” la muerte y a difuminar sus efectos perturbadores.

Sea como fuere, hay una serie de preguntas a las que debemos enfrentarnos<sup>40</sup>: ¿A qué se expone una cultura que disimula el dolor, el sufrimiento, el envejecimiento y la muerte? ¿A dónde va una sociedad que convierte en tabú la enfermedad, la muerte y el duelo? ¿Para qué

---

<sup>38</sup> Así lo afirma un personaje de J. Saramago, *Ensayo sobre la ceguera*, Alfaguara, Madrid, 1996, 337.

<sup>39</sup> Para lo que sigue, cf. J. Masiá Clavel, «El proceso biocultural de morir», en *Bioética y antropología*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1998, 139-150. Y la excelente obra de Ph. Ariès, *La muerte en Occidente*, Barcelona 1982.

<sup>40</sup> Cfr. J. Masiá, *Ibid.*, 151-152.

sirven los avances de la tecnología, la organización social y hasta el cuidado estético, tanto en clínicas como en tanatorios, si se rehuye a mirar cara a cara el proceso de morir y el momento de la muerte? ¿Qué nos pasa ante una persona que se da cuenta de que va a morir? ¿Qué es lo que nos pasa a nosotros, a cada uno, no qué le pasa a la persona que está muriendo? ¿Será que no acabamos de asumir el hecho de la muerte?

Lo ineludiblemente humano en esos casos es familiarizarse con una ética basada en las virtudes, es decir, en una serie de hábitos o actitudes que es posible aprender y reciclar constantemente en orden a hacerse cargo de la vivencia del otro cuyo “rostro” nos habla del tránsito decisivo que está viviendo. Sólo en ese caso se comprende por qué nuestro deber ser ético se apoya en la compasión altruista, en la competencia profesional, en la confidencialidad, en la oferta continua de confianza y en la conciencia de que el otro vulnerable está bajo mis cuidados. Por eso el lenguaje del tacto, la escucha atenta, , así como el compromiso de ayudar a que el otro sea él mismo en el proceso de morir, son criterios que definen el estilo de una ética de la alteridad.

La progresiva implantación de las Unidades del Dolor y de Cuidados Paliativos puede corroborar cuanto se acaba de decir. Los medios técnicos se ponen al servicio del cuidado a la persona moribunda y se acentúa la prioridad del cuidado como parte esencial de la vocación médica, una vocación que, además, pertenece en esos casos a todo ser humano: ayudarnos unos a otros. Esa vocación se conculca gravemente cuando se oculta la vejez, la muerte, la enfermedad y, en particular, cuando se desconoce este tipo de ética tan urgente para todos.

#### 4. DIGNIDAD DEL ANCIANO Y PROMOCIÓN DE VALORES

Se ha afirmado que la ancianidad representa actualmente una carga en los países industrializados desde el punto de vista demográfico, económico, político y sanitario<sup>41</sup>. Esta última, como bien se sabe, tiene que ver con la dificultad de contener y hacer sostenible el gasto sanitario ante el crecimiento de la demanda y el encarecimiento de los medios científico-técnicos de la medicina actual. El envejecimiento progresivo de la población es uno de los capítulos que más ha disparado el gasto económico general y el gasto sanitario en particular. Por eso los ancianos constituyen el grupo de población que puede sufrir con mayor intensidad los efectos de los recortes presupuestarios en la sanidad, llegando incluso a aceptarse de manera generalizada que la edad avanzada representa un criterio de exclusión para recibir ciertas prestaciones sanitarias basándose en el escaso beneficio conseguido a largo plazo y en el alto riesgo de complicaciones. Acerca de todo ello se ha producido abundante literatura y se han perfilado diversas posturas frente a las medidas de control de gastos, que no es posible tratar en este lugar.

Sin negar para nada la envergadura del problema relativo a la contención y sostenibilidad del sistema de salud en función del gasto sanitario, es evidente que en los últimos tiempos está tomando cuerpo otro tipo de planteamiento: crear alrededor de las personas ancianas un clima, ambiente o estilo de trato, que no se mida solamente por el control de los números, o sea, por una concepción economicista y empresarial, sino por el énfasis en la promoción de valores estimulantes y adecuados a la etapa de la vida que les ha tocado vivir.

Hay quienes han denominado a este proyecto, quizá con demasiado eufemismo, “el valor de liderazgo eutópico”<sup>42</sup>. El término “eu-tópico” significa literalmente “buen lugar” o “lugar feliz, en el sentido de tener la capacidad de crear espacios donde trabajar e invertir con la mirada puesta en la primacía del valor de las personas y haciendo un esfuerzo para equilibrar

---

<sup>41</sup> Cf. A. Pérez Melero, «La edad avanzada como criterio de exclusión en la asistencia sanitaria», en J. Gafo (ed.), *Ética y ancianidad*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1995, 95-108.

<sup>42</sup> S. García - C. Soler, «El valor del liderazgo eutópico», *Labor Hospitalaria* 277-3 (2005) 9-28.

los valores económicos, emocionales y éticos. Es evidente que necesitamos excelentes gestores de recursos humanos y excelentes expertos en la gestión del gasto sanitario, pero es insuficiente. Resulta imprescindible contar con gestores y profesionales de la sanidad que tengan el valor de pensar de forma diferente, de decidir desarrollarse como personas, de liberar energía creativa a su alrededor, de contribuir a la creación de hospitales más acogedores y solidarios, de promover espacios de conversación y diálogo, de compartir y difundir valores que humanicen la vida de los ancianos. Necesitamos, en esencia, adquirir o incrementar la capacidad de construir confianza en nosotros mismos y en nuestro entorno. Sí. Precisamente la confianza que viene siendo distintiva en las relaciones médico-paciente y que corre serio peligro de desaparición si terminamos convirtiendo el sistema de salud en una pura empresa, el médico en un mero gestor de prestaciones y el paciente en un simple cliente de consumo codificado en un número de tarjeta sanitaria.

Cuando nuestro modelo profesional se identifica con la imposición, entonces nos dedicamos a dar instrucciones y a pedir obediencia jerárquica. Cuando nuestro modelo profesional asume el papel de controlador, nos ocuparemos en conseguir objetivos y en optimizar resultados. En cambio, cuando nuestro modelo profesional consiste en construir confianza, entonces nos empeñaremos en transmitir y compartir valores como la libertad, la alegría, la afectividad, la sensibilidad, la serenidad, la generosidad, la cercanía y la proximidad, por ejemplo. Y eso es lo que necesitan y reclaman no sólo todos los pacientes sino, muy en particular, los ancianos a quienes tenemos la obligación de querer atender como se merecen, es decir, conforme a su dignidad personal.

Cuanto trabajamos en uno u otro lugar del sistema de salud experimentamos agobio y stress, que terminan quemando a no pocos trabajadores, debido sin duda a una excesiva acumulación de tareas. Sin embargo, en bastantes ocasiones su causa reside en el miedo y en la desconfianza vital hacia el futuro: miedo a no valer o hacer el ridículo, miedo a cooperar y compartir, miedo a vivir y a disfrutar, miedo a perder el control de la situación, miedo a ser apartado del sistema, miedo a pensar de forma diferente, miedo a no ser comprendido y a quedarse solo, miedo a sentirse culpable por no estar permanentemente ocupado, miedo a entrar con paz dentro de uno mismo, miedo a perder seguridades, miedo al fracaso, miedo a cambiar y a ser libre, miedo a decidir o a no decidir, en definitiva, miedo a vivir y a morir... a perder el control existencial.

Frente a esta realidad tan terca como cruel, referida a nuestros miedos cotidianos, hay que contraponer todo un conjunto de saberes en cuyo interior anidan valores que se pueden transmitir a nuestro alrededor. Si pensamos en las personas ancianas que atendemos, caeremos en la cuenta de la importancia que tiene saber poner cariño en todo lo que se hace, saber entusiasmar o ilusionar, saber compartir (conocimientos, información, buen humor, tiempo...), saber construir reglas de juego de manera participativa, saber darse permiso para ser feliz, saber delegar y liberar talento en los que nos rodean, saber divertirse y adoptar interés por uno mismo, saber entrar en el centro de uno mismo con calma y paz, saber compaginar el ideal de los sueños con la eficiencia del trabajo, saber mirar y escuchar, saber expresar las propias emociones y compartir las de los demás, saber hacia dónde vamos, saber ser creativos, saber ser educados, saber ser queridos y dejarse querer, saber tener detalles personalizados, saber corregirse ante los propios errores, en suma, aprender a asumir los valores relevantes de la profesión sanitaria para que las personas ancianas encuentren su lugar feliz y bueno.

## **5. CONCLUSIONES GENERALES**

1°. Los criterios del respeto, la gratuidad y el servicio, fundados en la dignidad humana de cada anciano, jamás deben ser sustituidos por los criterios de la eficiencia, la funcionalidad

y la utilidad. Es imprescindible apreciar al otro por lo que es y no por lo que tiene, hace o produce. Es inhumano ejercer cualquier clase de poder del más fuerte sobre el más débil.

2°. La responsabilidad es el quicio sobre el que gira con garantías humanizadoras toda la ética del cuidado y lleva consigo tres obligaciones básicas: comprometerse, solidarizarse y comunicarse con los ancianos.

3°. En relación con lo anterior hay otros dos criterios fundamentales y complementarios: 1) el anciano es persona y en cuanto tal merece igual consideración y respeto que otra persona más joven, y 2) la vida es un valor y un derecho igual para todos los seres humanos con independencia de su edad.

4°. Promover el envejecimiento activo, o sea, favorecer la creatividad y la realización de proyectos vitales llenos de sentido, atender a los ancianos de manera personalizada y tratarlos como interlocutores válidos o sujetos de diálogo interpersonal, son los objetivos prioritarios que deben inspirar la asistencia a estas personas basándose en un tratamiento integral.

5°. Junto a la obligación de no maltratar a ningún anciano, por ser digno de igual consideración y respeto que los demás, está el deber de practicar una justicia crítica e innovadora frente a cualquier conculcación de los derechos humanos de las personas ancianas.

6°. No es suficiente cumplir con lo indicado o estipulado, o sea, no basta con aplicar las pautas normalizadas de actuación. Es decisivo comprometerse personalmente con los ancianos y tomar partido por su causa, construyendo para ellos y con ellos lugares buenos y felices.

7°. Las actitudes de confianza, aceptación, igualdad, empatía, espontaneidad y flexibilidad, deben inspirar los programas, los indicadores, las evaluaciones y las tareas de la asistencia a las personas ancianas.

8°. La comprensión efectiva que pongamos de manifiesto sobre la ancianidad es un índice para medir la minoría o mayoría de edad de nuestro propio sistema ético y moral.

9°. La ancianidad nos hace descubrir que la vida de todo ser humano es finita, que es un grave error confundir la vida productiva con la vida activa, que la autonomía y la independencia no son los únicos paradigmas para vivir, que la afectividad es una pieza central en la vida de cualquier persona y que el hecho de la muerte es irrevocable, irrepetible y único para cada uno de nosotros.

10°. Las personas ancianas nos hacen tomar conciencia de que la dignidad humana no sólo es una cuestión de reconocimiento intelectual. Es por encima de cualquier otra cosa la exigencia de hacer algo en favor de otro, cuyo “rostro” reclama una respuesta de atención y de acogida.

11°. El mantenimiento de la dignidad del paciente anciano se realiza cumpliendo el deber de cuidarle con compasión, confidencialidad, confianza, conciencia, tacto, escucha y mirada, dejar que el otro sea él mismo y procurar por el otro.

12°. El mantenimiento de la dignidad del paciente anciano también se pone en práctica satisfaciendo sus necesidades de sentido, reconocimiento, reconciliación, arraigo, verdad, libertad, soledad, silencio y gratitud.

13°. La ancianidad misma es un hecho con tal peso y tanta fuerza, que saca a la luz nuestras contradicciones y hasta pone del revés nuestro modelo de sociedad, nuestro modelo de sistema de salud y nuestra mentalidad ética y moral. Es un desafío cuya respuesta no podemos ralentizar ni, menos aún, dejar en manos de intereses inconfesables.

Oviedo, 17 de noviembre de 2005

Constantino González Quintana  
Jefe del Servicio Sanitario de Atención Ciudadana  
Dirección General de Salud Pública y Planificación  
CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS