



# **PLAN ATENCIÓN HERMANAS MAYORES**



©Plan de Atención a Hermanas Mayores.

Documento para su aprobación al IV Capítulo Provincial

Abril 2024

# Índice



<b>Índice</b>	<b>3</b>
<b>Presentación</b>	<b>4</b>
<b>Justificación</b>	<b>6</b>
<b>Utopía</b>	<b>8</b>
<b>Proyecto de intervención</b>	<b>12</b>
<b>Finalidad</b>	<b>12</b>
<b>Objetivos</b>	<b>12</b>
<b>Acciones</b>	<b>13</b>
<b>Medios</b>	<b>15</b>
<b>Anexos</b>	<b>16</b>
<b>Fundamentación</b>	<b>16</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>16</b>
<b>Webgrafía</b>	<b>16</b>

# Presentación



En la primavera de 2017, el Gobierno provincial presentó, en el informe que precede al Capítulo, la necesidad expresada por las hermanas de la Provincia, en lo que al grupo de hermanas mayores se refiere: “Definir y organizar de forma integrada y funcional la estructura de atención a las hermanas mayores, garantizar la gestión de las empresas y un buen trabajo de mentalización con las hermanas para que sitúen este momento”<sup>1</sup>.

Propuesta que acoge el II Capítulo provincial e insta y acuerda “la creación de una fórmula adecuada para la atención integral de las hermanas mayores, con sensibilidad ética en la asistencia personal, administrativa y de gestión, que articule competencia profesional y humanidad, exprese el valor de la persona y su dignidad y atienda la dimensión espiritual y congregacional de las hermanas”<sup>2</sup>.

La planificación provincial subraya que “la mayor fortaleza de la Provincia son las personas. En este

---

<sup>1</sup> I Capítulo Provincia Europa, p. 39.

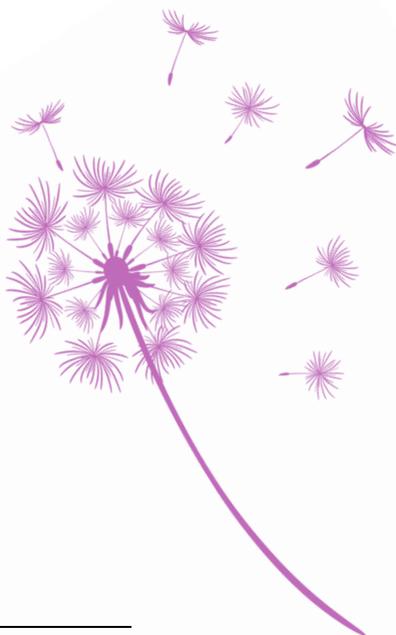
<sup>2</sup> II Capítulo Provincia Europa, p. 7.

momento histórico asumimos el legado y la riqueza de nuestras hermanas y nos dotamos de las estructuras necesarias para satisfacer sus necesidades, (para que) disfruten y vivan con sentido esta etapa vital”<sup>3</sup>.

De todo esto nace la demanda de elaborar un **Plan para la atención y el cuidado de las hermanas mayores y las comunidades**<sup>4</sup>.

Cuando el tiempo dorado de nuestro otoño vital nos regala paz, calidez y sabor a cosechas logradas, acogemos jubilosas este anticipo de la primavera y de la Pascua de Jesús.

Abril 2024



---

<sup>3</sup> Planificación Provincial 2017-2020, p. 7.

<sup>4</sup> En adelante PAHM

# Justificación



La instantánea cronológica de las hermanas que formamos la Provincia Europa refleja el perfil que se observa también en la pirámide de edad de los países en que vivimos y de los que somos ciudadanas.

Años hace que los Capítulos Provinciales, en sus orientaciones, indican a los Consejos provinciales busquen las estrategias más idóneas para hacer viables dichas orientaciones y vayan calando en el tejido de las comunidades. Desde aquí se va contemplando de frente y con lucidez el reto que entraña esta realidad del paso del tiempo. Tiempo que inexorablemente deja su huella en las personas y comunidades.

Se evidencia el gozo de una vida entregada y la riqueza humana acumulada en el seguimiento de Jesús. A la vez, se hace notable la necesidad de apoyo y ayuda en la fragilidad que va en crecida. En este itinerario sin retorno, donde los atardeceres se alargan y se viven con calma, sosiego y dolor, se oye el eco que demanda atención y cuidados. Para atender a este reclamo con justicia, delicadeza, humanidad y paciencia, se necesita de nuevas expresiones de fraternidad y Evangelio.

En la Congregación, la Provincia, siempre referente de unidad y abrazo de comunión, ensaya formas inéditas de acompañamiento y diseña estilos diferentes de organización, que requieren comprensión, disponibilidad, buena gestión de los recursos y coordinación de todos los agentes que intervienen en este nuevo paradigma de atención y cuidado de nuestras hermanas mayores.

Por eso se hace este Plan, como herramienta necesaria para responder a uno de los encargos explícitos del Capítulo Provincial de 2017 “... se reivindica una dedicación preferente a la vida fraterna y profética, indicador de la calidad evangélica comunitaria, y a la creación de una fórmula adecuada para la atención integral de las Hermanas mayores...”<sup>5</sup>.

Al final de este documento presentamos la necesaria **fundamentación carismática, congregacional, teológica y ética**, que, en nuestro caso, encontramos presentes en el humanismo cristiano, **y legal**. Desarrollamos algunos contenidos a modo de pauta en la construcción de este Plan, puntos de apoyo que ofrezcan luz desde su objetividad y actualidad para la deliberación obligada en la toma de decisiones.

---

<sup>5</sup> II Capítulo Provincia Europa, p. 7.

# Utopía



La RAE ofrece varias acepciones referidas a la palabra utopía que conviene recordar:

- a) Plan, proyecto, doctrina o sistema deseables que parecen de muy difícil realización.
- b) Plan, proyecto, doctrina o sistema optimista que aparece como irrealizable en el momento de su realización.
- c) Representación imaginativa de una sociedad futura de características favorecedoras del bien humano.

Estos significados, junto a la propuesta de sentido del Evangelio de Jesús, en cuanto se refiere al Reino de Dios, constituyen el marco idóneo para encuadrar el proyecto que venimos a denominar de Comunidades-Enfermería. Desde esta perspectiva se describe lo que entendemos por utopía en dichas comunidades de la Provincia Europa:

***Las comunidades-enfermería de las Oblatas en la Provincia Europa son espacios de vida, adaptados y organizados para el cuidado de las hermanas que están en situación de especial***

***fragilidad por su salud, por estar en situación de dependencia, por ancianidad y otras circunstancias, donde se prima la atención integral individualizada de las hermanas, a partir de criterios de calidad y sensibilidad ética en la asistencia personal, administrativa y de gestión, que articule competencia profesional y humanidad, exprese el valor de la persona y su dignidad y atienda la dimensión espiritual y congregacional de las Hermanas.***

***Por su naturaleza, estas comunidades se viven en comunión con la misión Oblata, al generar ámbitos de relación positiva en la acogida a las hermanas, que garantizan el despliegue de las diferentes capacidades humanas y espirituales, apoyan la autonomía y proyectan modos evangélicos<sup>6</sup> de vivir la propia vocación Oblata, vinculadas a la dinámica provincial y pertenencia congregacional.***

***Supone una actitud colaborativa para que, cada una, en su situación particular, se implique en una dinámica de cuidar y dejarse cuidar, que contempla todas las dimensiones de la persona, con garantías de respeto a la individualidad y profesionalidad***

---

<sup>6</sup> Cfr. MF, Circular Madrid 9 VII 1895, BHI, p. 361.

***Se convierten, así, en referente de sentido de la vida Oblata para el resto de la Provincia: un espacio donde, a través del acompañamiento en este momento vital, se puede llevar a fin la propia realización personal, se cuida la vida de fe y el despliegue de cuantas posibilidades de donación y entrega tienen las hermanas. Donde, en circunstancias de ancianidad y enfermedad, se alivie el dolor, se viva con gozo la última etapa del viaje y se alienten las ganas de vivir, sin disfrazar la realidad.***

***La gestión de las enfermería, la atención personalizada y el cuidado socio-sanitario de las hermanas es responsabilidad de la empresa contratada al efecto por la Provincia, un equipo asistencial con personal preparado para el servicio y la atención que se demanda.***

***Las hermanas de la comunidad se benefician de los servicios de la enfermería de acuerdo a su necesidad, así como del acompañamiento humano, espiritual y congregacional. A su vez, se implican en la tarea de construir comunidades cargadas de humanidad, mostrando que la ancianidad y la enfermedad son también espacios privilegiados de acogida y cuidado mutuo (Cs 32).***

***Todas las hermanas de la Provincia están implicadas en la toma de conciencia de la realidad de la enfermedad y la ancianidad, y la necesidad de prepararse para el envejecimiento en positivo. Conocen y apoyan la idiosincrasia de las comunidades-enfermería, integrándolas como medio necesario en la Provincia, para asegurar la fórmula adecuada que el II Capítulo provincial demanda.***

***A nivel social se ofrecen las comunidades enfermería, a través del voluntariado, como plataforma para la práctica de la solidaridad y, de este modo, “ejercer la responsabilidad ética, ciudadana y evangélica, de ofertar a la sociedad nuestra intervención carismática”<sup>7</sup>.***



---

<sup>7</sup> II Capítulo Provincia Europa, p. 8.

# Proyecto de intervención



## Finalidad

Procurar un envejecimiento activo y una salud integral a través del acompañamiento personalizado, que fomente la autonomía y ofrezca herramientas adecuadas para vivir con sentido, humor y fiesta.

Generar un movimiento provincial que oriente a las hermanas hacia una mayor conciencia de lo que significa prepararse para envejecer en positivo.

## Objetivos

1. Acompañar a la hermana de forma personalizada, a través de la propuesta de atención individualizada<sup>8</sup>, que contemple todas las dimensiones humanas: física, psíquica, emocional, relacional, trascendente-espiritual y congregacional, con actividades preventivas y rehabilitadoras, posibilitando espacios de diálogo

---

<sup>8</sup> En adelante PAI.

- donde pueda expresar sus gustos, deseos, preferencias y hobbies<sup>9</sup>.
2. Facilitar la autonomía de las hermanas frente a la dependencia y flexibilizar, además de los horarios, las actividades y metodologías acordes con el PAI. Este puede ser un instrumento que garantice la autonomía.
  3. Impulsar la implementación de diferentes ritmos y espacios de vida en las comunidades, acordes a las circunstancias, posibilidades y necesidades de cada hermana.
  4. Adecuar espacios comunitarios para crear ambientes cálidos, confortables, luminosos, diáfanos, alegres, habitados de humanidad y cuidado, que permitan la comunicación, ofrezcan referencias de orientación espacio-temporal y posibiliten la diversificación de actividades.

## Acciones

1. De **coordinación permanente** entre las diferentes personas y equipos que intervienen en la gestión de las comunidades-enfermería, en concreto entre:

---

<sup>9</sup> Sería deseable mantener una dinámica de reflexión con las hermanas sobre la resistencia de tener que “*pasar a la enfermería*”, teniendo en cuenta los espacios y la organización de cada casa, vinculando a la comunidad, dado que comporta asumir la propia vulnerabilidad y, sin embargo, se garantiza la generación de recursos para cada hermana.

- El equipo provincial (EP) y los equipos de administración y gestión y atención a hermanas mayores que existan en cada trienio.
  - La empresa contratada<sup>10</sup> y el EP.
  - La coordinadora de Thaismon y la comunidad enfermería (en la persona de la superiora o la hermana responsable para la enfermería)<sup>11</sup>.
2. Definición de la **estrategia adecuada** que haga efectivos los objetivos en cada realidad.
  3. **Gestión** de enfermería y de la atención socio-sanitaria de las hermanas, que, al distribuir los servicios y funciones, contempla al menos:
    - Servicios de enfermería, de aseo e higiene personal
    - Fisioterapia
    - Terapia ocupacional/sociocultural
    - Servicios de podología y peluquería
    - Servicios para la atención espiritual y psicológica
    - Otros servicios: cocina, limpieza y lavandería
  4. **Elaboración conjunta, implementación y seguimiento del PAI**, incorporando en él la

---

<sup>10</sup> En adelante Thaismon

<sup>11</sup> Ver anexo 3, *Propuestas para las relaciones, en las comunidades enfermería, entre la superiora de la comunidad y/o la hermana responsable de la enfermería y la persona responsable del servicio por parte de Thaismon* (PRC-T).

dimensión de vida religiosa: vocación, pertenencia y Carisma.

5. **Apoyo y formación** dirigida a las hermanas que acompañan.
6. **Visitas de supervisión** y acompañamiento provincial a las comunidades enfermería, a cargo del Equipo provincial, de administración y gestión y de atención a hermanas mayores que existan en cada trienio.
7. **Formación permanente sobre envejecimiento en positivo activo**, diseñada y dirigida a las comunidades enfermería y a todas las hermanas de la Provincia.

## Medios

- Espacio físico adecuado y acondicionado para las comunidades enfermería.
- Asesoramiento de entidades expertas en humanización de la salud, atención centrada en la persona, etc.
- Empresa vocacionada para el servicio que se solicita en las comunidades enfermería.
- El PAI de cada hermana y el proyecto comunitario, en coherencia con la Propuesta de Atención en las Comunidades enfermería<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Ver anexo 2, *Propuesta de Atención en las Comunidades-enfermería (PAC)*, entendemos que el Proyecto comunitario en estas comunidades ha de contemplar la organización de la atención de las hermanas, según recoge este Anexo. Por otra parte, se trata de un documento que no se

- Acceder a las ofertas que proporciona el entorno, facilitando el contacto externo con el barrio: bibliotecas, centros cívicos y demás servicios que se ofrecen a la ciudadanía. Así como a las ventajas y derechos que correspondan por servicios sociales, ley de dependencia y otros.
- Voluntariado, que se promueve como herramienta intergeneracional y para potenciar la diversificación de actividades en estas comunidades de hermanas mayores. Sería un tema a fortalecer y garantizar, así como la participación del alumnado en prácticas.
- Evaluación continua del proyecto de Intervención

Para hacer efectivo este plan, ponemos el acento en la buena coordinación entre Thaismon, que ofrece un acompañamiento delicado, efectivo y cálido en todo lo concerniente al PAI, la Superiora o hermana responsable de la comunidad-enfermería que se esmerará en la atención y cuidado de todas las cuestiones vocacionales, comunitarias y carismáticas, extremando delicadeza en la relación con el entorno familiar, y todas las hermanas

---

*ha trabajado conjuntamente, lo que sería deseable, para adaptarlo a nuestra circunstancia, como Comunidad enfermería.*

de la comunidad, que asumen en su proyecto comunitario, este modelo de vida fraterna oblata.

Del mismo modo se habrá de mantener una dinámica continua de supervisión económica, de acuerdo a la necesidad en las hermanas, para garantizar la viabilidad del PAHM, a todos los niveles. Así como la reflexión permanente sobre el modelo de gestión de las comunidades enfermería, teniendo en cuenta criterios como la proyección congregacional, la intercongregacionalidad, etc.



# Anexos



1. Propuesta de Atención Individualizada (PAI)



Formulario PAI

2. Propuesta de Atención en las Comunidades-enfermería (PAC)



Ficha Molelo PAC

3. Propuestas para las relaciones, en las comunidades enfermería, entre la superiora de la comunidad y/o la hermana responsable de la enfermería y la persona responsable del servicio por parte de Thaismon (PRC-T).



OSR- Thaismon

4. Guía del Plan de Atención Individualizada a personas mayores en situación de dependencia. Atención en servicios residenciales y de atención diurna (Gobierno de Navarra)



Guía Navarra

# Fundamentación



## **1. FUNDAMENTACIÓN CARISMÁTICA - CONGREGACIONAL**

La Congregación, desde su origen, ha estado familiarizada con el cuidado de la salud y el trato con personas enfermas. Fue la sala de mujeres enfermas de un hospital, el contexto en el que El Padre Fundador se sintió impulsado a abrir una puerta al cuidado, la salud y la vida.

Las casas de acogida eran hogares cálidos y sanadores, donde las mujeres recuperaban salud y dignidad.

La dedicación esmerada a las personas enfermas, mayoritariamente mujeres, que se repiten en las Crónicas de las casas, reflejan ese cuidado integral que nos mueve a considerar la persona en todas sus dimensiones, facilitándoles los mejores remedios y atenciones posibles.

Nuestros Fundadores y las primeras hermanas tenían un cuidado exquisito en la elección de lugares saludables y se dotaban de los mejores remedios que las circunstancias de la época permitían. Pero, donde ponían el acento era en ofrecer y ofrecerse en compañía, relación y afecto. La comunidad era soporte

y alivio en aquellas precarias situaciones de enfermedad, soledad y ancianidad.

Nuestra historia congregacional está cuajada de anécdotas, sucesos y hechos de vida que configuran una mística donde la misericordia y la compasión son señas de identidad Oblata que hoy queremos actualizar. Legado que queremos y debemos enriquecer y mejorar<sup>13</sup> al transmitir esperanza, generar paz, estar y

---

<sup>13</sup> En Biblioteca Histórica podemos encontrar muchos de estos hechos, una atmósfera de cuidado que ilumina y ofrece sentido a este Plan de atención a hermanas mayores que presentamos. Algunas referencias del Volumen I:

- Nº 58.2 pág. 311; PF a Antonia 5 VI 1879: Describe la situación de enfermedad de María (¿Serat?): Con mucho respeto, comprensión, cercanía, expresiones de afecto, reconoce sus buenas obras y talentos, que se ha hecho querer por sí misma. Orientación y vida de fe en situación terminal.
- Nº 58.3 pág. 312. M. Anastasia, apuntes sobre el PF: Actitud ante una mujer enferma de gravedad, que encuentra al llegar a casa de un viaje,
  - Lo primero que hace al llegar es visitar a la mujer en la enfermería y expresa que, estando el en casa, es su primera responsabilidad atenderla, estar allí, animar a la paciente, generar esperanza en Dios, rezar con ella.
  - Cuando muere expresa gozo, satisfacción, fe en la salvación.
- Nº 59:
  - f) pág. 316. Constituciones 1885, manuscritas por la Madre, s/f p.4. Cuidado de las enfermas:
    - caridad suma, consolar en el sufrimiento, paciencia ante sus debilidades, orientación en las tristezas,
    - Animar y confiar siempre.
  - g) ídem:
    - la enfermedad es una oportunidad y situación de gracia

acompañar, remedios tan útiles y necesarios en nuestras enfermerías que compaginan con acierto y eficacia la medicina que la ciencia nos ofrece.

### **Algunos principios propios de nuestro modo de ser/hacer:**

- Para toda oblata, en cualquier situación y servicio, (enferma o enfermera), **el referente y razón de sentido es Jesús redentor.**
- **Oblación:** es la actitud permanente de disponibilidad que se hace efectiva en el servicio. El nombre de “oblata” sintetiza la razón de ser, la esencia de su vida y el modo de desarrollar esta vocación<sup>14</sup>. Ofrecida para salvar.
- **Respeto y compasión:** son principios del buen cuidado que caracterizan las relaciones y el trato en las enfermerías oblatas<sup>15</sup> y se fundamentan en su identidad.

- 
- trato paciente para animar y consolar
  - gran esmero en el cuidado
  - h) Ídem:
    - La enfermera tiene una misión que requiere mucho celo, ardiente caridad, tierna compasión y mucha paciencia.
    - La superiora debiera ser la enfermera mayor y visitara a las enfermas con frecuencia.

<sup>14</sup> Cfr. RINO, p.4,BHII,pag. 125-126.

<sup>15</sup> Cfr. Reglas para las Religiosas Oblatas del Santísimo Redentor (1872), BHII, pag.110.

- **Acogida (auténtica, cercana y constante, que se respira en nuestro modo de ser y hacer en proyectos y comunidades, e impregna a quien se acerca creando espacios de familiaridad, calidez y alegría – del MC).**

## **2. FUNDAMENTACIÓN TEOLÓGICA**

La teología moral cristiana impulsa a construir un mundo solidario que responda a las grandes aspiraciones humanas de igualdad y libertad, que defienda y tutele vigorosamente la dignidad y los derechos humanos. La fuente y el fundamento para poder conseguirlo es la caridad que, según la predicación de Jesús, condensa toda la ley y los profetas. Remitirse a la caridad es remitirse a la raíz de la ética cristiana, que los (y las) creyentes hemos de comprender y vivir desde su profunda dimensión social y política...<sup>16</sup>.

La ética es una ciencia que se dedica a reflexionar sobre las costumbres del ser humano, no nos dice qué hemos de hacer en las diferentes situaciones concretas, sino que se empeña en reflexionar sobre el porqué de lo que debemos hacer.

Por eso proponemos algunas categorías éticas, que orienten la reflexión sobre lo que debemos hacer en las

---

<sup>16</sup> Cfr. ALBURQUERQUE, E., *Moral social cristiana. Camino de liberación y de justicia*, Madrid 2006, 5-8.

comunidades enfermería. Afirmamos, con las categorías que ofrecemos, la existencia de algunas verdades desde las que podemos reconocer, diferenciar y clasificar jerárquicamente unos comportamientos u otros, que ayudan a discernir cuál es el más adecuado, como un punto de referencia, y a juzgar lo acontecido:

**La caridad**<sup>17</sup> es la fuente del actuar cristiano (humano), es por el amor que se realiza de manera creativa la vocación relacional del ser humano. El doble mandamiento del amor a Dios y al prójimo configura la virtud cristiana de la Caridad, una virtud que unifica todas las otras virtudes relacionales y sociales, es el corazón de la ética cristiana y es desde ella que se realiza el auténtico discernimiento de las exigencias morales de nuestro actuar. Implica que:

- La existencia y vida cristianas se realizan en la práctica del amor.
- El valor y el reconocimiento del otro/a son ámbito de encuentro con la trascendencia (Misterio).
- La caridad es el criterio definitivo de comprensión de la realidad.
- Por el compromiso con la realidad, la caridad adquiere dimensión socio-política.

---

<sup>17</sup> TORRES QUEIRUGA, A., o.c., 9-23.

- La verdadera caridad consiste en un querer eficaz, operante, dirigido a un resultado positivo, al bien de los demás.
- La caridad promueve siempre la justicia desde la gratuidad, el don y la efectividad.

Por la convicción de que Dios, sentido y fundamento absoluto de lo real, es amor, afirmamos que todo está impregnado por el amor y que la práctica del amor es el único criterio inapelable para la conducta de la persona cristiana. Tomarnos esto en serio significa asumir el compromiso de mirar a las otras personas de modo diferente, amar es el único y auténtico compromiso ético de la humanidad. Ya que somos amadas por pura gracia, por responsabilidad y gratuidad hemos de amar para responder a la vocación recibida (manifestación de la exigencia ética de la intersubjetividad, valor de la alteridad).

**La justicia**<sup>18</sup>, entendida como camino y forma mediadora de la caridad, representa su verificación concreta y el contenido de las exigencias éticas. Por la justicia, el amor despliega su fuerza creadora y promotora, así como su dimensión social.

Se ha entendido siempre como virtud clave de la ética, como materialización de las demás virtudes, como condición necesaria de la vida moral. La dignidad de la persona, las grandes urgencias sociales, los derechos

---

<sup>18</sup> CAMPS, V., oc.

humanos, el desarrollo, la paz, etc., todo lo que importa al ser humano y que “le es debido” se encuentra en relación directa con la justicia. Sus exigencias éticas:

- De igualdad y participación.
- De respeto a la dignidad de todo ser humano y sus derechos fundamentales.
- De responsabilidad por el desarrollo y la liberación de todos los seres humanos.
- De construcción de modos de vida solidarios en paz, generadores de oportunidades reales para todas las personas.

**El cuidado**<sup>19</sup> consiste en mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables, pero que son diversas en su manifestación. Cuidar es “encargarse de la protección, el bienestar o mantenimiento de algo o de alguien”<sup>20</sup>.

Por otra parte, el cuidado ético involucra la interacción y el contacto moral entre dos personas, en el que hay unión. Es la disciplina que se ocupa de las acciones responsables y de las relaciones morales entre las personas, motivadas por una solicitud y que tienen como fin último lograr el cuidado de sus semejantes o el suyo propio. Se basa en la comprensión del mundo como

---

<sup>19</sup>AMORÓS, C., *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Anthropos. 1985; Seminario "Las éticas del Otro Generalizado y las éticas del Otro Concreto: una perspectiva feminista". Enero 1992.

<sup>20</sup> FRY, S., oc.,37.

una red de relaciones en la que nos sentimos inmersos/as y de donde surge un reconocimiento de responsabilidad hacia los otros/as.

El compromiso hacia los demás se entiende como una acción en forma de ayuda en la que se está capacitado para resolver una situación satisfactoriamente.

**La dignidad humana**, desde donde se plantea cualquier proyecto de intervención moral cristiana, se fundamenta antropológicamente en las exigencias que se derivan de la concepción del ser humano como imagen de Dios<sup>21</sup>. Dicha concepción dignifica la naturaleza humana y es el fundamento de la igualdad de todas las personas.

La defensa de la dignidad humana es una constante en la tradición cristiana, que nace de la defensa que el Evangelio hace del valor absoluto de la persona, por encima de cualquier institución o tradición humana (Mc 2,27-28; 7,1-23)<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Cfr. Gn 1,26-27; Sab 2,23; Ecl 17, 3.

<sup>22</sup> La patrística presenta al ser humano como centro de la creación, por ser imagen de Dios; la teología medieval también descubrió en la interioridad humana (San Bernardo, Ricardo de San Víctor), y en su libre albedrío (Santo Tomás), el reflejo de la dignidad de Dios; así como el Humanismo renacentista teológico del S. XVI (Escuela de Salamanca, sobre todo Francisco de Vitoria). El Magisterio eclesiástico reciente encuentra en el Concilio Vaticano II la orientación inequívoca del giro personalista para la moral católica, al afirmar la dignidad humana (Gaudium et Spes 1. 9.12), en la Doctrina Social de la Iglesia (sobre todo en los documentos de Puebla), en la doctrina de Juan Pablo II

No arreglamos nada mirando extasiados/as a las alturas, porque lo que verdaderamente cuenta es lanzarse a vivir en lo concreto y lo cotidiano, la tarea consiste en perforar la superficialidad haciéndose cargo de la realidad; porque no se descubre la profundidad de la oculta presencia amorosa de la acción de Dios sin comprometerse a fondo con lo real<sup>23</sup>.

La credibilidad de cualquier intervención en las comunidades enfermería no vendrá de la belleza de los discursos teóricos, ni de los planes o proyectos de intervención; la credibilidad nace y se sustenta en la eficacia del testimonio, en los hechos prácticos de amor concreto en que se encarnan las palabras.

### **3. FUNDAMENTACIÓN ÉTICA**

La bioética ha elaborado una metodología que puede ayudar a determinar cuáles son los mínimos éticos exigibles a cualquier persona en la asistencia a las personas mayores, según una graduación:

**Principio formal universal y absoluto** (que vale para cualquier ser humano y debe respetarse siempre), fundamentado en una concepción determinada del ser

---

(Redemptor hominis, 10. 13; Mulieris dignitatem, 7; Veritatis splendor, 13) y en otros documentos vaticanos (Christifideles laici y la Iglesia ante el racismo).

<sup>23</sup> Cfr. MARTÍNEZ, J., *Moral Social y espiritualidad. Una co(i)nspiración necesaria*, Cantabria 2011, 172-173.

humano que es la que afirma que tiene dignidad y no precio, y que el respeto a la dignidad es una obligación moral absoluta:

**Todo ser humano debe ser tratado con igual consideración y respeto.**

**Principios materiales universales y no absolutos** (que valen para cualquier ser humano, pero puede haber situaciones excepcionales en las que no es obligatorio cumplirlos):

- **No-maleficencia:** Obligación de no lesionar, con los medios, las prácticas o formas de la atención, la integridad física o psíquica de una persona que esté a nuestro cuidado.
- **Justicia:** Obligación de no discriminar a nadie en cuanto a los recursos que le corresponden.
- **Autonomía:** Obligación de respetar los valores, ideas, creencias y, en definitiva, el proyecto de vida de la persona.
- **Beneficencia:** Obligación de hacer el bien a la persona según su propio proyecto de vida.

Según estos principios, los conflictos éticos más frecuentes en la atención a personas mayores son:

- **en relación al principio de justicia:** discriminación socio-sanitaria y en la distribución de algunos recursos y respeto a ciertos derechos.

- **en relación al principio de no-maleficencia:** abusos y malos tratos, encarnizamiento u obstinación terapéutica, aplicación desproporcionada de medidas, eutanasia y suicidio asistido, cuidados paliativos.
- **en relación al principio de autonomía:**
  - Información, veracidad y Consentimiento.
  - Intimidad, privacidad y confidencialidad,
  - Voluntades anticipadas, testamento vital.
  - Valoración de la competencia de la persona anciana para la toma de decisiones sanitarias.
  - Ingresos y tratamientos involuntarios.
- **en relación al principio de beneficencia:** decisiones de sustitución y sus límites. Tutela.
- **en torno al final de la vida:** en la actualidad, la tecnología médica es capaz de intervenir cada vez con mayor agresividad en los procesos de salud y enfermedad de las personas. El problema está en si todo lo técnicamente posible es lo éticamente aceptable.

Existe una progresiva toma de conciencia de la autonomía de las personas enfermas y ancianas, que cada vez más quieren decidir sobre su salud, su enfermedad y su muerte. En este sentido ha causado un gran impacto en la relación sanitaria la teoría del Consentimiento informado, así como el debate en torno a la Eutanasia. Los conflictos

más frecuentes suelen darse en torno a las siguientes decisiones:

- Determinación de alimentación e hidratación artificial, y/o retirada de los mismos en situaciones de terminalidad.
- Determinación de tratamientos vitales y/o retirada de los mismos.
- Diagnóstico de terminalidad o irrecuperabilidad en las personas con demencia.
- Sedación, en concreto sedación profunda y definitiva en pacientes terminales.
- La eutanasia y el suicidio asistido.
- Toma de decisiones de sustitución: quien decide cuando la persona mayor no es capaz, su familia, los médicos, etc.

La propuesta de un **modelo de atención integral, centrado en la persona**<sup>24</sup>, que llega de la mano de la psicología humanista y la psicología pastoral, acentúa y articula dos características consustanciales:

- **la integralidad**, que busca la articulación de diferentes programas y servicios, para el desarrollo máximo de los proyectos vitales de las personas mayores y enfermas en su entorno personal,

---

<sup>24</sup> Cfr. BERMEJO, J.C., *Visitar y cuidar a los enfermos*, Col. obras de misericordia, Madrid 2015, 20-25.

- **y la centralidad de la persona** que va más allá de la atención individualizada centrada en necesidades, para adaptarse a las características individuales de cada una, estimulando y apoyando a la persona para que participe activamente en su proceso, cuyo objetivo final es el desarrollo del propio proyecto de vida.

Se trata de **acompañar en sentido holístico**, considerando a la persona en todas sus dimensiones: física, intelectual, social, emocional, espiritual y religiosa.

En este sentido, es plausible apoyar este Plan en la llamada **ética solidaria del respeto y del cuidado**<sup>25</sup>, y convertir la necesidad del cuidar en un auténtico arte, que haga de nuestras comunidades enfermería una referencia donde aportar mayor calidad de vida a nuestras hermanas asistidas.

---

<sup>25</sup> Carol Gilligan, Martin Heidegger, Paul Ricoeur (su comprensión de la identidad personal es muy útil para entender correctamente los procesos de cuidar y de asistir a una persona. Todo ser humano tiene una identidad narrativa, es fruto de una historia, de un proceso temporal en el que ha habido un conjunto de experiencias y encuentros. cuidar a una persona supone profundizar en su historia, acercarse a sus experiencias, tener en cuenta su relato personal. Esto permitirá comprender su estado físico, psíquico, social y espiritual presente -ética narrativa-) y Emmanuel Levinas (actuar éticamente es pensar en el otro, anticipar sus necesidades, darse cuenta de que existe y responder a sus solicitudes).

## **Ética del cuidado,**

- Al favorecer un clima impregnado de CALIDEZ y cercanía, con relaciones humanas de encuentro, diálogo y colaboración.
- Al ejercer la COMPASIÓN y facilitar la conexión entre los contextos<sup>26</sup> y las situaciones reales o el relato de la persona.
- Poner el acento en el binomio cuidador/a y persona cuidada, SUJETO DE DERECHOS, alguien que pide ayuda y a quien hay que responder.
- PERSONALIZAR y estudiar, a fondo, cada circunstancia, cada historia de vida, para encontrar la alternativa más adecuada y digna a cada situación, individualizando las actividades y terapias en la medida de lo posible.
- Dar más bien una RESPUESTA HOLÍSTICA que una respuesta concreta<sup>27</sup>.

## **Del respeto,**

- A partir del reconocimiento de la DIGNIDAD inviolable de cada persona y el respeto de sus

---

<sup>26</sup> José Ortega y Gasset (su noción de *circunstancia* es especialmente útil para la edificación de una ética del cuidar. Toda persona es un ser circunstancial y solamente puede ser comprendida bien si se tiene en cuenta su envoltorio físico e intangible, todo lo que le rodea y forma parte de su mundo. Esta tesis, en el caso de la persona cuidada es determinante para atenderla bien).

<sup>27</sup> Noddings (1984) y Nussbaum (1996).

derechos (incluida la objeción de conciencia o la renuncia a recibir tratamiento).

- Se centra en la CALIDAD EMOCIONAL de las acciones y en la INTERACCIÓN entre personas.
- Garantiza la máxima AUTONOMÍA a nivel funcional y decisional de las personas, valorando su capacidad cognitiva para la toma de decisiones. Autonomía no es lo contrario de dependencia, que hace referencia a la necesidad de atenciones por parte de otras personas para realizar las tareas de la vida cotidiana. El término opuesto a autonomía no es dependencia sino heteronomía. La autonomía debemos percibirla como capacidad y como derecho, entendiéndose como capacidad al conjunto de habilidades que cada persona tiene para hacer sus propias elecciones<sup>28</sup>.
- Afirma que la persona anciana debe ser ACOMPAÑADA en su vejez, no basta con “hacerse cargo” de ella.

**Y de la solidaridad**, que promueve diferentes modalidades de voluntariado, como expresión de la cultura de la GRATUIDAD y como forma de participación social. La ética solidaria sirve para hacer un mundo más justo y más humano, para defender los derechos de los

---

<sup>28</sup> GOBIERNO DE NAVARRA (Departamento de Políticas sociales), Guía del Plan de Atención Individualizada a personas mayores en situación de dependencia. Atención en servicios residenciales y de atención diurna, Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García, 2014, 50.

seres humanos, para buscar el bien en todo. Tener respeto, cariño y solidaridad hacia nuestras hermanas mayores, es signo, no sólo de humanidad, sino de calidad humana. En nuestras comunidades enfermería queremos apostar por estos valores (solidaridad, respeto y cariño) por justicia y porque son los valores que realmente humanizan y dignifican el misterio inabarcable de toda persona humana, joven o anciana.

#### **4. FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

**El Derecho a la información asistencial:** derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, la información disponible sobre la misma.

**El Derecho de no ser informado:** cuando una persona manifieste expresamente su deseo de no ser informada, se deberá respetar su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo a la intervención. No obstante, es importante precisar que este derecho de renuncia no es absoluto, sino que se encuentra limitado por diversos factores como, por ejemplo, su propia salud, de terceros, o incluso, el interés de la salud de la colectividad. Como consecuencia de esto, la renuncia a ser informado no puede prevalecer en aquellos supuestos de enfermedades contagiosas donde se debe conocer que

se padecen con el fin de evitar su transmisión a terceros<sup>29</sup>.

**El Consentimiento informado:** la conformidad libre, voluntaria y consciente de una persona enferma, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. Se entiende como un proceso gradual que se realiza en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual el sujeto competente o capaz recibe del profesional una información suficiente y comprensible que le capacite para participar voluntaria y activamente en la toma de decisiones respecto a su asistencia social y sanitaria. Esta participación permite al sujeto aceptar o rechazar determinadas acciones terapéuticas o cuidadoras, en función de los objetivos que él mismo establezca, sin menoscabo de los derechos de los demás.

Los elementos relevantes del Consentimiento Informado:

- **Carácter de proceso:** permanente estado de comunicación bidireccional, donde se ofrece información, pautas y recomendaciones sobre lo que se considera más adecuado y la persona enferma comenta sus impresiones, expresiones y

---

<sup>29</sup> Cfr. <https://fidisp.org/consentimiento-informado/> (búsqueda 21/03/2024)).

decisiones sobre lo que él entiende que es lo mejor para ella.

- **Voluntariedad:** el consentimiento sólo es válido si es libremente otorgado. Dos formas de quebrar la voluntariedad son la coacción (amenazas de daños, o coacción interna) y la manipulación (información sesgada).
- **Información en cantidad suficiente** sobre la naturaleza y objetivos del procedimiento terapéutico o asistencial, riesgos y efectos secundarios posibles, alternativas posibles y beneficios esperados. La persona anciana normalmente no suele preguntar por ello, por lo que es bueno acompañar e insistir en que pregunte todo aquello que no entienda.
- **Información comprensible**, en lenguaje asequible para el/la paciente anciana, teniendo en cuenta que en muchos casos va a sufrir deterioros sensoriales.
- **Capacidad:** supone el lado operativo o funcional de la autonomía personal y supone ser apto para tomar una decisión sobre sí misma.

### **Regulación de los cuidados paliativos:**

El objetivo fundamental es conseguir el mayor bienestar posible para la persona que se encuentra en el proceso de morir, y su familia, a través de la atención a las necesidades físicas, psíquicas, espirituales y sociales.

La finalidad es:

- Proteger y garantizar el respeto a la dignidad de la persona, el reconocimiento de sus valores, su autonomía y el ejercicio de sus derechos en el proceso de morir. A saber:
  - Derecho a ser informado de la asistencia que precisa.
  - Derecho a tomar decisiones.
  - Derecho a formular instrucciones previas.
  - Derechos a cuidados paliativos integrales, tratamiento del dolor y sedación paliativa.
- Contribuir a la seguridad jurídica de los profesionales sanitarios que acompañan a las personas en el proceso de morir.
- Garantizar unos cuidados paliativos integrales y de calidad para todas las personas que lo precisen.

**Documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas (decisiones subrogadas)**, en el que una persona manifiesta de forma anticipada los deseos o instrucciones que, sobre las actuaciones médicas, se deberán tener en cuenta, en caso de encontrarse en una situación en la que las circunstancias no le permitieran expresar libremente su voluntad. Este documento sirve para que tales deseos sean respetados y cumplidos por el médico o el equipo sanitario que intervienen cuando la persona que ha otorgado el documento se encuentre

imposibilitada de manifestar su voluntad por deterioro físico o psíquico.

El contenido de este documento:

- Expresión de su proyecto vital y valores personales de calidad de vida, a fin de ayudar en su día a la interpretación del propio documento y para que sirvan de orientación a los médicos en el momento de tomar las decisiones clínicas que afecten al otorgante del documento.
- Instrucciones sobre el alcance del tratamiento médico, ya se refieran a una concreta enfermedad o lesión que padezca en el momento de otorgarlo o a otras que pueda padecer en el futuro. Se pueden indicar intervenciones médicas que desea recibir en caso de enfermedad, siempre que sean acordes con la buena práctica clínica, y aquellas que no desea recibir.
- Podrá hacer constar la decisión respecto a la donación de órganos.
- Instrucciones sobre el destino del cuerpo tras el fallecimiento, asistencia religiosa y lugar donde se presten los últimos cuidados.
- Nombramiento de representante del otorgante del documento.

Conviene dialogar sobre estos temas y ofrecer la información adecuada, para poder conocer los deseos de las hermanas ancianas y enfermas, cuando son aún

competentes: cuáles son sus valores y sus preferencias ante determinadas situaciones que pudieran ocurrir. Por otra parte, es oportuno, en este momento, avanzar en una mayor sensibilización al respecto entre todas las hermanas, también las de menor edad, debido a las consecuencias que cualquier coyuntura pudiese provocar.

### **Legislación:**

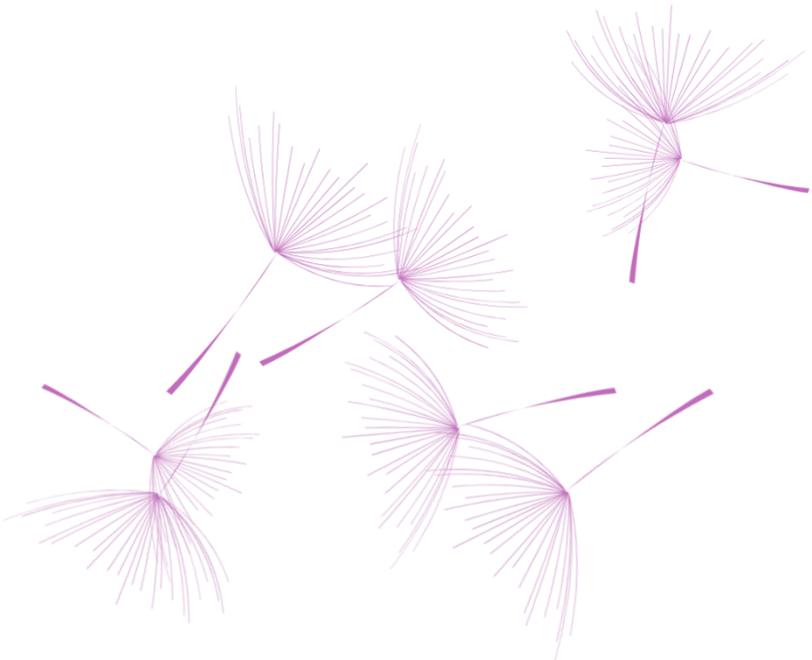
- Carta de Derechos y Deberes de los enfermos en el artículo 10 de la ley general de sanidad de 1986.
- El Consejo de Europa en su resolución 141830 adoptada en junio de 1999 considera los cuidados paliativos como un derecho legal e individual de todos los enfermos terminales o moribundos en todos los estados miembros.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE 15.11.02).
- Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad. BOPV nº 248.

---

<sup>30</sup> El texto de esta recomendación fue adoptado por la Asamblea el 25 de junio de 1999 (24ª sesión), tomado de CRUCEIRO, A., *Ética de cuidados paliativos*, Madrid 2004, 425-429.

- Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente.
- Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejero de Gobierno, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid.
- Orden 2191/2006, de 18 de diciembre, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se desarrolla el Decreto 101/2006, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid y se establece el modelo oficial de documento de Instrucciones Previas.
- Orden 645/2007, de 19 de abril, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula el otorgamiento de las Instrucciones Previas, su modificación, sustitución y revocación ante el personal al servicio de la Administración.
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. (BOE n. 17 de 19/1/2008).
- Proposición de ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida (2016).

- Ley 4/2017, de 9 de marzo, de derechos y garantías de las personas en el proceso de morir. (BOCM nº 69, de 22 de marzo).
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. (BOE nº 132, de 03 de junio de 2021).
- Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad.



# Bibliografía



# Webgrafía





