Cuadernos Deusto de
Derechos Humanos

Núm. 78

Código Ético para la atención sociosanitaria a las personas mayores

María Jesús Goikoetxea
Lourdes Zurbanobeaskoetxea
Álvaro Mosquera
Begoña Pablos

DeustoDigital
Instituto de Derechos
Humanos Pedro Arrupe

Cuadernos Deusto de Derechos Humanos

Cuadernos Deusto de Derechos Humanos

Núm. 78

Código Ético para
la atención sociosanitaria
a las personas mayores

María Jesús Goikoetxea
Lourdes Zurbanobeaskoetxea
Álvaro Mosquera
Begoña Pablos

Bilbao
Universidad de Deusto
2015

CONSEJO DE REDACCIÓN
Felipe Gómez Isa, Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe, Universidad de Deusto.
Trinidad L. Vicente, Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe, Universidad de Deusto.
Cristina de la Cruz, Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe, Universidad de Deusto.

CONSEJO EDITORIAL
Anja Mihr, Investigadora del Human Rights Center de la Universidad de Utrecht, Holanda.
Antoni Blanc Altemir, Catedrático de Derecho Internacional Público de la Universidad de LLeida.
Bartolomé Clavero, Catedrático de Historia del Derecho de la Universidad de Sevilla y miembro del Foro de las Naciones Unidas para Asuntos Indígenas.
Carlos Villán Durán, Presidente de la Asociación Española para la Promoción del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.
Carmen Márquez, Catedrática de Derecho Internacional Público, Universidad de Sevilla.
Cristina Churruca, Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe, Universidad de Deusto.
Eduardo J. Ruiz Vieytez, Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe, Universidad de Deusto.
Fernando Fantova, consultor en temas relacionados con los servicios sociales, Bilbao.
Francisco López Bárcenas, Academia Mexicana de Derechos Humanos, México.
Gaby Oré Aguilar, consultora internacional en el campo de los derechos humanos y el género y miembro de Human Rights Ahead, Madrid.
Gloria Ramírez, Catedrática de Ciencia Política de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, México.
Gorka Urrutia, Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe, Universidad de Deusto.
Jaume Saura, Presidente del Institut de Drets Humans de Catalunya, Barcelona.
Joana Abrisketa, Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe, Universidad de Deusto.
Jordi Bonet, Catedrático de Derecho Internacional Público de la Universidad de Barcelona.
José Aylwin, Director del Observatorio de Derechos Ciudadanos, Temuco, Chile.
José Luis Gómez del Prado, miembro del Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre la utilización de Mercenarios, Ginebra, Suiza.
José Manuel Pureza, Centro de Estudios Sociales, Universidad de Coimbra, Portugal.
Judith Salgado, Programa Andino de Derechos Humanos, Universidad Andina Simón Bolívar, Quito, Ecuador.
Koen de Feyter, Catedrático de Derecho Internacional Público de la Universidad de Amberes, Bélgica.
Manuela Mesa, Directora del Centro de Educación e Investigación para la Paz, CEIPAZ, Madrid.
Noé Cornago, Profesor Titular de Relaciones Internacionales de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, Leioa.
Pablo de Greiff, International Center on Transnational Justice, New York.
Víctor Toledo Llancaqueo, Centro de Políticas Públicas, Universidad ARCIS, Santiago, Chile.
Vidal Martín, investigador de la Fundación para las Relaciones Internacionales y el Diálogo Exterior, FRIDE, Madrid.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org<http://www.cedro.org>) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© Publicaciones de la Universidad de Deusto
Apartado 1 - 48080 Bilbao
e-mail: publicaciones@deusto.es
ISBN: 978-84-15759-55-3
Depósito legal: BI - 332-2015

Para Miguel López
(† 02.02.2015)
miembro del equipo
investigador
Premio Utopía 2012

Índice

1. Ética y atención sociosanitaria a las personas mayores 13

   1.1. Introducción 13
   1.2. Los principios éticos en la atención sociosanitaria a las personas mayores 16

      1.2.1. La dignidad como fundamento 16
      1.2.2. La no maleficencia y la justicia 17
      1.2.3. La autonomía y la beneficencia 18

   1.3. Incorporando la Ética en la atención sociosanitaria a las personas mayores 19

2. Codigo ético para la atención sociosanitaria a la persona mayor en centros residenciales 25

   2.1. Presentación 25
   2.2. Metodología 29
   2.3. Código Ético para la atención sociosanitaria a la persona mayor en centros residenciales 32

3. Aplicación del código ético como instrumento de mejora de la calidad asistencial 51

4. Valoración y conclusiones generales del proyecto de elaboración del código ético y su implantación en cuatro centros residenciales 65

Anexo

   Kode etikoa: adineko pertsonentzako arreta soziosanitarioa hobetzeko tresna 69

Bibliografía 87

Autoría 91

Cuadernos Deusto de Derechos Humanos, n.º 78
ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Índice de gráficos y tablas

Gráfico 3.1. Proceso 52
Gráfico 3.2. Persona de referencia reconocida por la persona mayor . . 57
Gráfico 3.3. Residentes que conocen el diagnóstico 61
Gráfico 3.4. Residentes con deseos/valores registrados 61
Gráfico 3.5. Residentes con persona de referencia para cuidados al final de la vida 62
Gráfico 3.6. Valoración del dolor al final de la vida 63

Tabla 1.1. Algunas actuaciones en el ámbito asistencial a las personas mayores 22
Tabla 2.1. Fases de elaboración 30
Tabla 2.2. Los valores propuestos. 34
Tabla 3.1. Profesionales formados 55

Cuadernos Deusto de Derechos Humanos, n.º 78
ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

1. Ética y atención sociosanitaria a las personas mayores

1.1. **Introducción**

Es un hecho que se ha producido un envejecimiento importante de la población, motivado especialmente por la mejora de las condiciones de vida y el avance de la medicina. El aumento de la supervivencia hace que nos encontremos con muchas personas de más de 70 años que disponen de capacidades para desarrollar una vida autónoma y saludable.

La mayoría de las personas mayores no experimentan cambios significativos en su modo de vivir personal y privado en razón de la edad de jubilación, obviamente sí en la vida social con el cese de la actividad laboral. Un indicador de ello es la composición de sus hogares: el 36,9% vive con su pareja, el 35,2% vive en hogares multigeneracionales en su propia casa y el 22,3% vive en hogares unipersonales. Sólo un 2,7% vive en hogares multigeneracionales propiedad de algún/a hijo/a y un 3,2% vive en otro tipo de hogares. Con el aumento de la edad aumenta el porcentaje de personas que viven solas (27,8%) o en hogares multigeneracionales de algún hijo/a (9,4%: GV, 2011).

Las personas mayores manifiestan altos niveles de satisfacción y bienestar personal. Haciendo un análisis comparativo entre el porcentaje de personas mayores que prestan ayuda y personas mayores que reciben ayuda, el balance resultante evidencia que un 45,3% de las personas de 60 y más años prestan algún tipo de ayuda informal, mientras que solo un 23,7% la recibe. Realidad desconocida que combate el estereotipo de «carga social» asociado a la vejez (GV, 2011).

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Más de la mitad de las personas mayores de Euskadi declaran tener un estado de salud bueno o muy bueno. Pero no se puede ocultar que el aumento de la esperanza de vida ha generado un conjunto numeroso de personas de edad avanzada, preferentemente mayores de 80 años, que presentan mayor o menor pérdida de capacidades derivadas de la vejez, además de procesos y enfermedades invalidantes e incapacitantes (Alzheimer, Parkinson, patologías osteoarticulares…). Entre las personas octogenarias un 19,7% se sitúa en la valoración negativa (Gobierno Vasco, 2013).

En cuanto a la incidencia de situaciones de dependencia, un 22,8% de la población mayor vasca necesita ayuda para alguna de las actividades de la vida diaria. Un 17,3% necesita algún tipo de ayuda para la realización de las actividades básicas y un 17,9% necesita ayuda para las actividades instrumentales. En el grupo de personas de 80 y más años casi una de cada dos personas necesita ayuda para realizar una o más de una de las actividades de la vida diaria (Gobierno Vasco, 2013).

¿Cómo nos enfrentamos a esta situación? Está claro que los modelos sociales y, sobre todo, los familiares han cambiado y que resulta cada vez más difícil poder atender a estas personas sólo con los recursos disponibles en el medio familiar a través de cuidadores y cuidadoras informales. Del total de las personas que necesitan ayuda y la reciben, un 74,2% la recibe de algún familiar, ya sea como única o como una combinación con otro tipo de atenciones. Aumenta el número de personas que requieren apoyos profesionalizados bien en su domicilio, bien fuera de él para el cuidado diario. En el año 2010, el 15,4% de las personas mayores de 70 años no fallecieron ni en su domicilio, ni en un hospital, sino en un centro de servicios sociales (Departamento de Sanidad, Registro Mortalidad, País Vasco, 2010).

Vivimos en un modelo social que fomenta el culto a la belleza y la juventud (nadie quiere parecer viejo/a), a lo inmediato, al recambio fácil, en la que tiene poca cabida la vejez, por considerarla oscura, improductiva. La persona mayor ha pasado de ser un ser valioso y considerado por su experiencia, a ser casi una «carga» costosa de la que pocos quieren ocuparse. Encontramos numerosas situaciones de soledad y de discriminación de la persona mayor que pierde protagonismo en la vida social y comunitaria y que se ve relegada a un segundo plano.

Nos encontramos con que existen cada vez más personas mayores que requieren un alto nivel asistencial de cuidados «profesionalizados». El modelo que hasta ahora se ha venido utilizando principalmente es un modelo residencial que supone frecuentemente la separación de la

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

persona mayor de su medio comunitario, en el que ha desarrollado su biografía y donde tiene sus redes sociales, para trasladarle a un centro donde se atiendan sus necesidades de cuidado. Este modelo suele estar centrado en los déficits de las personas y en la organización necesaria para que las necesidades sean atendidas de modo uniforme (lo mismo para todos). Este tipo de atención puede acarrear la despersonalización por la pérdida de identidad que genera y presupone que la persona mayor ya ha «cerrado» su biografía personal antes de acceder a los recursos asistenciales.

El desarrollo de la ética asistencial, fundamentalmente con la incorporación del principio de autonomía y consecuentemente con la integración de los valores de la persona atendida a las decisiones, ha revelado la incorrección moral del modelo asistencial «especializado» centrado en las patologías y los déficits, en lugar de en las personas.

Se promueven así, nuevos modelos de atención integral, personalizada, que tenga en cuenta la singularidad de cada persona y trate de prestar los apoyos necesarios para que conserve, lo máximo posible, su proyecto de vida y su identidad única y diferenciada. Este cambio de perspectiva exige poner en cuestión las relaciones paternalistas de superioridad donde el o la profesional es el único responsable de las decisiones asistenciales. La incorporación de la autonomía de la persona mayor a las relaciones pretende que ésta mantenga el control en la toma de decisiones que le afecten, y, cuando esto es inviable, sea representada desde su modo de ser propio.

Conservar la dignidad de la persona y promover su calidad de vida se convierten en los fines principales de la atención y las intervenciones que se plantean y realizan. Ello exige a los y las profesionales capacitarse, no sólo en sus conocimientos y habilidades técnicas, sino en actitudes y disposiciones éticas que posibiliten relaciones de respeto a la personalidad, intimidad, privacidad, y capaciten a las personas mayores para ejercer sus derechos como ciudadanos y ciudadanas en condiciones de simetría.

Este giro, del déficit a la capacidad, de la patología a la persona, de los hechos a los valores, requiere irremediablemente formación y reflexión personal y en equipo, un cambio de hábitos y actitudes y sobre todo decisión y voluntad para hacerlo.

En una sociedad plural, de código moral múltiple es muy probable que la incorporación de los valores y preferencias de las personas mayores dé lugar a múltiples conflictos de valores en las relaciones sociosanitarias para los que se deberán de encontrar argumentos razonables que guíen decisiones prudentes y óptimas para el bienestar de la persona o personas mayores atendidas.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

La ética asistencial y en concreto la bioética aporta para esta evolución principios universales y procedimientos de decisión que son más acordes con el respeto a la dignidad de las personas mayores implicadas. Si bien el ámbito de los servicios sociales no debe caer en el modelo médico a la hora de proceder, nos parece oportuno describir brevemente el método utilizado por la bioética para la toma de decisiones sociosanitarias en situaciones de conflicto moral.

1.2. **Los principios éticos en la atención sociosanitaria a las personas mayores**[1]

1.2.1. *La dignidad como fundamento*

La dignidad es la categoría ética fundamental cuando hablamos de las obligaciones que tenemos para con las personas, en nuestro caso las personas mayores. En la exigencia de respeto absoluto a la misma fundamentamos nuestras obligaciones universales con todo ser humano. Empecemos recordando el concepto de dignidad, tal como es expresada por Kant: «aquello que constituye la condición para que algo sea un fin en sí mismo no tiene un valor meramente relativo o precio, sino que tiene un valor interno, es decir dignidad» (Kant, 1942). Quien tiene dignidad puede reclamar ser tratado siempre como fin y «nunca como un simple medio, sino siempre al mismo tiempo como fines en sí mismos», es decir como un valor absoluto que en ningún caso se puede lesionar y nunca como valor puramente instrumental para lograr otros fines (Etxeberria, 2008).

Lógicamente, el reconocimiento de la dignidad ontológica de la persona tiene consecuencias de orden ético tanto en el ámbito asistencial como en el ámbito político y social. Es de esta exigencia de buen trato de la que emanan todos los derechos de las personas: «Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y, dotados como están de razón y conciencia...» (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, artículo 1). Debe reconocerse «la dignidad intrínseca y los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana» (Oraá y Gómez, 2000).

[1] Recogemos en este apartado el esquema seguido en el trabajo de Etxeberria, Goikoetxea, Martinez, *et al*. (2013): «El enfoque ético del maltrato a personas con discapacidad», publicado en *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, n.º 71.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

La teoría de los cuatro principios de la Bioética es, en el ámbito de las ciencias de la salud, el código deontológico que pretende establecer principios materiales que, aunque no de modo absoluto, podemos considerar que deben, en principio, ser exigidos en la atención a las personas dependientes de acuerdo a su igual dignidad.

El famoso «Informe Belmont» fue el primero que formuló en 1978 la necesidad de respetar los principios morales de beneficencia, justicia y autonomía en las investigaciones con humanos (Natural Comission, 1978).

Sin embargo la llamada «teoría de los cuatro principios» fue formulada por primera vez por Bauchamp y Childress en el año 1979 en el famoso libro *Principles of biomedical ethics* y sin ella es imposible entender la historia de la bioética. Estos principios han sido considerados «el mantra» de la bioética y todas las fundamentaciones y métodos que se han desarrollado en Bioética estos 20 últimos años han surgido de ellos o en debate con ellos. En nuestro medio ha sido el profesor Gracia (1989) quien ha profundizado en las consecuencias de su aplicación a la asistencia sanitaria.

Hoy en día, existe un amplio consenso sobre la validez de estos cuatro principios como el mejor modo de expresar con su cumplimiento en las relaciones sociosanitarias, el absoluto respeto y consideración a los seres humanos (Moya, 2006).

1.2.2. *La no maleficencia y la justicia*

Lógicamente, el reconocimiento de la dignidad ontológica de la persona tiene consecuencias de orden ético, tanto en el ámbito asistencial como en el ámbito político y social. Si se reconoce que toda persona es digna per se, de ahí se desprende que la comunidad, las instituciones y el Estado deben velar por su protección y por su promoción, facilitando atenciones y recursos especializados, estructuras, sistemas y entornos integradores y apoyos físicos, normativos y de cualquier orden, que posibiliten una igualdad de acceso a los beneficios sociales.

En el ámbito de la bioética tal constatación se desarrolla con los principios de no maleficencia y justicia. *El principio de no maleficencia se formula como la obligación de no lesionar la integridad de un ser humano*. En la historia de la ética médica el «Primun non nocere» ha sido el principio moral de la profesión. Dicho principio sigue siendo la norma moral fundamental de los y las profesionales obligados/as a intervenir con el objetivo de desarrollar la autonomía y/o proteger a las personas en situación de dependencia. Exige a profesionales y cuidadores/as formales e informales disponer de los conocimientos, habilidades y ac-

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

titudes necesarias para que en su relación con las personas dependientes no se lesione su integridad y dignidad. Para ello se hará necesario el desarrollo y seguimiento de buenas prácticas personalizadas que, con evidencia científica suficiente en el caso de los y las profesionales, mejoren la calidad de vida de las personas. El buen trato a las personas exige para ello, el desarrollo de la investigación y la formación, especialmente en aquellos ámbitos en que se dan situaciones especiales de deterioro y dependencia, como son los problemas graves de desarrollo y los trastornos del espectro autista, las discapacidades intelectuales que requieren apoyos generalizados, las enfermedades neurológicas degenerativas y los procesos de final de la vida.

En cuanto a la justicia, el respeto a la dignidad supone que las personas no sean discriminadas en cuanto a las posibilidades de lograr una vida realizada en función de factores como la edad, la enfermedad, el nivel de autonomía, etc. En su versión distributiva, la justicia está decididamente mediada por las instituciones e implica relaciones guiadas por el criterio del reparto equitativo de bienes y recursos con los que se satisfacen necesidades y se potencian las capacidades.

1.2.3. *La autonomía y la beneficencia*

Cuando nos planteamos cómo atender adecuadamente, conforme a su dignidad a las personas mayores, no nos conformamos con no hacer daño y con evitar discriminaciones o situaciones de exclusión. Pretendemos que las personas puedan vivir de acuerdo a su modo de ser propio y puedan continuar su desarrollo biográfico e histórico logrando una vida realizada. Para ello requieren apoyos, entornos y relaciones que posibiliten alcanzar los propios objetivos.

Para lograrlo se necesita «empoderar» a las personas, haciéndolas protagonistas y responsables de sus decisiones, conductas, bienestar y, en definitiva, de su «calidad de vida». Situándonos en este marco privado e intersubjetivo, y partiendo de que deben asumirse también en él los dos principios anteriores, aparecen otras dos obligaciones éticas irrenunciables para tratar bien a las personas con mayores situaciones de vulnerabilidad o dependencia para gestionar su vida de acuerdo a ellas mismas: el respeto y desarrollo de su autonomía y la exigencia de beneficencia.

El principio de autonomía reclama respeto a la autodeterminación de las personas con las que entramos en relación (familiar, profesional, de amistad, ocasional...). Se formula como la obligación de cada sujeto a respetar sus propios principios y valores y a desarrollar el proyecto de vida que ha elaborado en función de los mismos. Dicho principio obliga

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

a cada cual a actuar de acuerdo a nuestra conciencia moral haciéndonos responsables de nuestros actos. Las personas, en virtud de su dignidad, son capaces de proponerse sus propios fines, y además están obligados a perseguirlos.

El principio de beneficencia es sin duda, como su nombre indica, el principio más implicado en lograr el bien con las intervenciones asistenciales; lograr, no lo olvidemos, el mayor beneficio y bienestar posible, el óptimo para las personas. *Puede formularse como la obligación de procurar el bien a aquél o aquella de quien me siento responsable, respetando sus propios valores y proyecto de vida*. Este principio es exigible, sobre todo, a las personas que tienen relaciones de atención profesional o de cuidado informal.

Supone que el bien que haga siguiendo criterios objetivos de mejora de calidad de vida, sea valorado también como bien por la propia persona destinataria de la acción o intervención pues le ayuda a completar su biografía o proyecto de vida de acuerdo a su modo de ser.

Pueden darse múltiples situaciones de conflicto entre los principios mencionados en la práctica asistencial. Por ejemplo ¿podemos, o no, permitir a una persona con inestabilidad de la marcha que deambule sola porque así lo solicita, aunque haya riesgo de que sufra un daño provocado por posibles caídas?.

El profesor Gracia (2001) propone el método deliberativo para estos casos. Dicho método exige: la escucha atenta de los argumentos de cada persona y/o parte; el compromiso de intentar comprender la situación completa en toda su complejidad; el análisis de los valores implicados; la argumentación racional sobre las diferentes soluciones o propuestas posibles y dentro de ellas de las más optimas; la aclaración del marco legal de la solución acordada. Dicho método pretende encontrar respuestas prudentes y racionales, no respuestas verdaderas, sino aquellas, que siendo posibles en las circunstancias concretas, permitan la actualización del mayor número de valores implicados.

Queremos subrayar la insistencia en el compromiso de las personas implicadas en la búsqueda de una solución responsable y prudente que resulte la más adecuada para respetar la dignidad de las personas implicadas, tras un proceso de deliberación racional.

1.3. **Incorporando la Ética en la atención sociosanitaria a las personas mayores**

En el ámbito asistencial de los servicios sociales y los servicios sanitarios existen normalmente cinco sujetos que entran en relación (estén fí-

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

sicamente presentes o no) y participan tanto en las decisiones como en los cuidados y atención (Goikoetxea, 2013):

— La persona mayor que entendemos es la que determina desde sus valores y modos de ser propios cuáles de las necesidades que tiene desea sean cubiertas y en qué condiciones.
— La familia, personas allegadas, y otras personas del entorno de la persona que se sienten comprometidos con ella y con su bienestar en mayor o menor medida según las relaciones y vínculos establecidos previamente y sus propios valores, creencias y circunstancias personales.
— Los y las profesionales que entran en relación con el destinatario y sus familiares con el objetivo de desarrollar intervenciones que posibiliten la mejora de su calidad de vida y su protección. Para establecer cuáles son las intervenciones adecuadas acudirán a los conocimientos y evidencias científicas en relación a cada objetivo de la intervención.
— La organización social (entidad pública o privada) que posee los recursos necesarios para cubrir las necesidades y prestar los apoyos necesarios a las personas dependientes.
— La sociedad, representada en representantes políticos y en la administración pública, que determinan las prestaciones y la normativa que regula los derechos de cada persona en virtud de determinados criterios éticos, legales y económicos.

Las obligaciones de estos actores son frecuentemente diversas: un usuario (por ejemplo una persona con daño cerebral adquirido por un accidente cerebro-vascular) tiene consigo mismo obligaciones determinadas desde sus valores y su código moral (autonomía); sus familiares estarán obligados desde la implicación que genera el vínculo afectivo que comparten (beneficencia); los y las profesionales que le cuidan o le tratan se sentirán comprometidos/as a mejorar sus indicadores de calidad de vida (no-maleficencia y beneficencia); la persona con responsabilidades de gestión de un servicio sanitario o de servicios sociales, por ejemplo un centro residencial, procurará generar condiciones que faciliten la recepción de las prestaciones y sus beneficios (justicia distributiva); mientras que una persona con responsabilidad política estará obligada a generar las condiciones contextuales que le permitan participar en la vida social en condiciones de igualdad de oportunidades (justicia como equidad).

A lo largo del tiempo se ha ido especializando y profesionalizando la atención a las personas mayores en medios residenciales permanentes o no, de forma que hoy por hoy podemos decir que la persona anciana es atendida por un grupo multidisciplinar de profesionales con alto grado

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

de cualificación. Aunque el objetivo es y ha sido siempre mejorar el bienestar y la calidad de vida de la persona mayor, el modelo de atención se ha centrado como hemos dicho fundamentalmente en el funcionamiento de la organización y del trabajo, olvidando preguntar con frecuencia a las personas mayores cuál es su propio concepto de bienestar y calidad de vida. Amparándonos en nuestras mejores intenciones, la sobreprotección y el exceso de paternalismo con frecuencia guían nuestras actuaciones, «robándole» muchas veces a la persona mayor su autonomía decisoria.

Desde este modelo tradicional de atención, y teniendo en cuenta los Principios Éticos anteriormente mencionados, los *conflictos éticos* que vamos a encontrar con más frecuencia son:

— En relación al principio de No-Maleficencia

- Abuso de autoridad, anulación de la voluntad, coacción y amenazas. Malos tratos físicos y psíquicos.
- Empleo de técnicas y medidas desproporcionadas que pueden dar lugar a situaciones de obstinación terapéutica.
- Institucionalización precoz o inadecuada.
- Síndromes geriátricos generados por institucionalización sin supervisión.
- Problemas en relación a los tratamientos al final de la vida: sedaciones incorrectas, insuficiente tratamiento de síntomas, pautas y procedimientos de alimentación.
- Malos tratos físicos, psicológicos, económicos... que generen daño o angustia en la persona mayor.

— En relación al principio de Justicia:

- Discriminación por edad o ageísmo en el acceso a los recursos sanitarios y/o sociales.
- Abandonos y atenciones inapropiadas, diagnósticos incompletos, infrautilización de la rehabilitación.
- Escasa coordinación de servicios que imposibilite la continuidad de cuidados.
- Restricción de derechos en algunos tratamientos institucionales (sujeciones, dietas, imposición de programas).

— En relación al principio de Autonomía:

- Los relacionados con la mala información (en cantidad, comprensibilidad y veracidad) y el consentimiento informado.
- Falta de respeto a la intimidad, privacidad y confidencialidad.
- Valoración incorrecta de la competencia para la toma de decisiones, presuponiendo la falta de capacidad de manera generalizada.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

- Infrautilización de las directrices previas y documentos de voluntades anticipadas.
- Ingresos y tratamientos involuntarios.
- Infantizaciones y otros comportamientos de falta de reconocimiento a la autonomía.

— En relación al principio de Beneficencia:

- Relaciones de representación incorrecta y excesiva.
- Actuaciones paternalistas por parte de profesionales.
- Tutelas y curatelas mal planteadas.
- Conflictos de intereses entre la persona mayor y sus representantes y/o cuidadores/as.
- Falta de compromiso con el bienestar emocional y social de la persona mayor.

En la siguiente tabla (Tabla 1.1) se recogen algunas conductas de la práctica sociosanitaria con personas dependientes que emanan, a nuestro juicio, de las obligaciones anteriores (Goikoetxea, 2008):

Tabla 1.1

Algunas actuaciones en el ámbito asistencial a las personas mayores

Principios éticos	Conductas implicadas
No-maleficencia	• Investigación y validación de las intervenciones profesionales e institucionales. • Inspección y control de los cuidados a los incapaces y/o capaces muy dependientes. — Formación y cualificación de las personas que cuidan. — Coordinación entre los diversos ámbitos implicados. • Valoración adecuada y precoz de las necesidades de las personas.
Justicia	• Determinación objetiva y equitativa de los criterios de inclusión y exclusión de las prestaciones y programas sociales y sanitarios. • Eliminación de aquellas condiciones de intervención que supongan exclusión, marginación, aislamiento, confinamiento o cualquier otra condición de discriminación. • Desarrollo de programas comunitarios de atención a personas.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Principios éticos	Conductas implicadas
Autonomía	• Valoración de la capacidad de gestión de la propia vida de las personas mayores dependientes. • nformación y consentimiento de las intervenciones que se proponen realizar en la vida privada de la persona mayor. • Respeto a la privacidad y confidencialidad en las instituciones sociales. • Respeto a los modos de ser propios de las personas mayores. • Fomento de las instrucciones previas en las personas que sufren enfermedades incapacitantes progresivas.
Beneficencia	• Reforzar positivamente las actuaciones de cuidado no profesionalizadas que permitan a las personas mayores ser atendidas en su propio medio o contexto y por las personas de su confianza. • Impulsar la ética de la responsabilidad de los cuidadores y cuidadoras. • Potenciar criterios objetivos de beneficio con las personas incapaces. • Velar por el cuidado y protección de las personas mayores incapaces. • Impulsar los valores cívicos de la solidaridad y responsabilidad con las personas mayores.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

2. Codigo ético para la atención sociosanitaria a la persona mayor en centros residenciales

2.1. **Presentación**

La búsqueda de la calidad de atención no es algo nuevo en los servicios de atención sociosanitaria a las personas mayores. Lo que sin duda ha cambiado son los parámetros y valores sociales que enjuician una intervención, para considerarla buena y generadora de mayor bienestar. El concepto de calidad de vida, en sustitución del antiguo criterio de cantidad o santidad de vida, ha introducido en la estimación los criterios subjetivos. Entendemos que una vida tiene calidad no sólo cuando mejoran los indicadores objetivos de salud, sino que se logra además que la persona se sienta más satisfecha con su vida porque percibe un mayor bienestar emocional. De este modo, los valores morales, los proyectos, ideas, deseos, preferencias, gustos, estilos… de cada persona deben de tenerse en cuenta a la hora de diseñar los planes de intervención y/o atención personales, si pretendemos que los mismos sirvan para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

En general, podríamos decir que un servicio es de calidad cuando, además de cumplir los objetivos para los que se pensó, lo hace eficientemente y satisface al cliente. La calidad de atención tiene que ver con: lo que ofertamos (las intervenciones técnicas que realizamos), que se lleve a cabo de una forma adecuada y genere bienestar a quienes nos dirigimos, en este caso, a las personas mayores, la mayoría en algún grado de dependencia, y sus familias.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Durante años el modelo de atención a las personas que viven en instituciones ha estado marcado por la propia organización y el funcionamiento de la misma. El ejercicio profesional ha estado dirigido por la implementación de programas y el uso de protocolos rígidos que, si bien buscan un incremento de la calidad de vida de las personas, no tienen en cuenta ni todas las dimensiones de calidad de vida ni tan siquiera a los propios usuarios de los recursos. El trabajo centrado en la organización nos ha llevado a perder en muchos casos el eje de atención: nos hemos olvidado de las personas. El momento actual requiere, precisa y obliga a un cambio del modelo actual, hacia otro que tenga en cuenta que lo primero siempre son las personas.

Debemos aceptar que la idea de calidad de vida ha evolucionado en las últimas décadas. No se puede pensar en ella sin tener en cuenta el empoderamiento, el derecho del individuo a decidir dentro de sus posibilidades y la diversidad de cada persona.

Los servicios que ofrecen cuidados a las personas mayores se diferencian no sólo en cuestiones estructurales y organizativas sino en su modelo de atención y en la definición de buena praxis profesional. Los centros residenciales de alojamiento permanente actualmente existentes, así como el resto de servicios sociosanitarios y sus profesionales, son protagonistas principales a la hora de posibilitar una vida con calidad para las personas mayores. Se trata de lograr que las personas mayores puedan al final de su vida vivir y morir de acuerdo a su propia identidad personal, cerrando con bienestar y sin sufrimiento su biografía personal. Para ello debe darse un proceso de transformación hacia modelos de atención que den respuesta a las necesidades de las personas mayores, creando las condiciones para una vida autónoma en lo posible y garantizando la protección de sus derechos inalienables, entre los que se halla su derecho a la privacidad e intimidad, a la dignidad, a la autonomía y a la libre elección, promoviendo una vida propia hasta el final.

La organización de los centros de alojamiento permanente de personas mayores puede suponer un impacto importante en la vida, autonomía y derechos de las personas usuarias de las mismas e incluso puede vivirse como una forma de maltrato. La persona mayor pierde parte de su autonomía, privacidad e identidad. La homogenización usurpa a la persona mayor parte de su autonomía, privacidad e identidad y la somete al control de los y las profesionales, mediante normas rígidas y actividades impuestas.

En este contexto, la incorporación de *la* ética asistencial a la atención sociosanitaria a las personas mayores comienza a convertirse en una necesidad para que ésta pueda ser considerada de calidad. Como hemos dicho, es la incorporación de valores a los hechos objetivos en la

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

toma de decisiones, la que puede asegurar que la asistencia preserva la dignidad de cada una de las personas atendidas.

La atención a las necesidades de dependencia y el respeto a la autonomía son obligaciones éticas y legales, fundamentadas en los principios universales de respeto a la dignidad de las personas y en las obligaciones emanadas de sus derechos como ciudadanos.

No debemos olvidar que el ingreso en un centro residencial es, sin duda, una situación de dificultad para cualquier persona dependiente y que generará más o menos sufrimiento en función de que sea decidido o no, y de que dicha decisión sea coherente con determinados valores propios (por ejemplo los siguientes: cubrir las necesidades básicas, no molestar a otros, no vivir solo/a, etc.).

Consideramos que el mínimo básico para reconocer y asegurar la atención sociosanitaria implica:

— Adoptar los derechos básicos de las personas mayores en centros residenciales o alojamientos permanentes como punto de referencia en todas las actuaciones
— Admitir que respetar estos derechos es una condición sine qua non para una atención de calidad.

La Asociación Vasca de Geriatría y Gerontología, Zahartzaroa, tiene como misión «la mejora de la calidad de vida de las personas mayores y de su participación social».

Dicha misión se recoge en la determinación de dos de sus líneas estratégicas fundamentales, que son:

— El impulso de aquellas acciones que conduzcan a formar una conciencia social en favor de la dignidad y el respeto de las personas mayores.
— La actualización y mejora continua de la calidad de la atención geriátrica y gerontológica.

Para ello Zahartzaroa impulsa en el año 2000 la reflexión, la formación y la elaboración de recursos para el desarrollo de la ética asistencial en la atención a las personas mayores. Creemos que el respeto a la dignidad y la mejora en la atención geriátrica y gerontológica requiere de profesionales cualificados y comprometidos con el bienestar de las personas, instituciones justas que potencien su participación y reconozcan sus derechos, y entidades que desarrollen modelos de gestión centrados en su atención integral.

Decidir y actuar correctamente y con responsabilidad ética exige capacitarse, pues es obvio que no es suficiente la intencionalidad para generar un bien. Dicha capacitación incluirá la adquisición y actualización

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

continua de conocimientos y habilidades técnicas guiadas a la mejora de los indicadores objetivos de la calidad de vida de las personas (salud, recursos económicos, condiciones de su lugar de residencia, movilidad, responsabilidad…). Sin embargo, la responsabilidad ética exige además incluir los valores morales en las decisiones, es decir aquellos aspectos que nos permiten asegurar que nuestra decisión y/o acción ha respetado a la persona mayor como sujeto de derechos (como la libertad, la intimidad, la participación…), y no le ha tratado instrumentalmente como un objeto o como un «mero medio» para lograr los propios fines.

El compromiso con la ética y los derechos de las personas residentes en los centros residenciales afectan y comprometen:

1. *Al personal y a profesionales de atención directa*; llamamos a esta dimensión microética y hace referencia a las decisiones, comportamientos, modos de relación, condiciones estructurales de vida de las personas mayores en los espacios donde se da la relación asistencial, que en nuestro caso será el centro residencial donde vive.
2. *A quienes ejercen funciones de coordinación*, liderazgo o gestión entre los diversos servicios y estructuras implicadas; llamamos a esta dimensión mesoética y hace referencia a la gestión del bien común a través de la organización y la calidad de los recursos sin perder de vista el impulso y desarrollo de modelos asistenciales que fomenten la personalización y la atención a las preferencias y deseos de las personas mayores.
3. *A quienes tienen la responsabilidad de legislar* los marcos donde se dan las actuaciones profesionales y las exigencias mínimas para las actuaciones y también de planificar los recursos; llamamos a esta dimensión macroética y persigue la máxima calidad y eficiencia de los recursos haciendo realidad el principio de Justicia.

En una sociedad plural como la nuestra hay diversas propuestas de bien, porque hay diversos códigos morales o de valores, y además no siempre las mismas acciones benefician a todas las personas. Por ello el respeto a los diversos proyectos de vida buena, y la tolerancia con diversos modelos asistenciales es un principio ético en Zahartzaroa. Pero todas las decisiones, actividades y comportamientos personales y organizativos, por heterogéneos que sean, han de contar con algo común fundamental que asegure unos mínimos exigibles a cualquier agente implicado en la atención geriátrica y gerontológica. Para ello es necesario, a nuestro juicio, construir y mantener un sistema de valores compartido que fundamente un modelo de persona y de atención que

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

dé sentido y significado a todas las acciones y permita juzgarlas como correctas y buenas para los destinatarios de las mismas: las personas mayores.

De todo lo anterior se deriva la necesidad de disponer de un Código Ético que recoja por una parte, los valores a promover y respetar y por otro, la concreción de esos valores en normas y compromisos éticos que interpelen a todos los agentes implicados en la atención a las personas mayores.

2.2. **Metodología**

Dentro de Zahartzaroa la labor de llevar adelante este proyecto se ha asumido desde el grupo de trabajo de Ética. Se trata de un grupo ya consolidado, con vocación de profundizar en la reflexión y participar en la elaboración de propuestas para el desarrollo de la ética en la atención a los y las mayores. Está formado por profesionales de las administraciones públicas del ámbito sanitario y de los servicios sociales, del ámbito comunitario y de los servicios especializados, profesionales de empresas privadas tanto sin ánimo de lucro del tercer sector, como de entidades privadas mercantiles, y profesionales del mundo académico.

El trabajo se ha desarrollado a lo largo de año y medio, entre septiembre de 2012 y febrero de 2014.

Los objetivos planteados eran:

1. Reflexionar y proponer valores necesarios para desarrollar en la atención a las personas mayores que mejoren su calidad de vida y el respeto a sus derechos.
2. Impulsar la colaboración entre entidades diversas que inciden en dicha atención, dado que en el equipo investigador hay profesionales de entidades públicas y privadas del sector.
3. Incidir directamente en la mejora del respeto a la autodeterminación de las personas mayores y en la atención que reciben al final de la vida, ayudando a resolver los conflictos que generan cuestiones clave para su dignidad en el proceso del morir como son: la retirada de tratamientos vitales, la sedación, la negativa a tratamientos y las decisiones de representación.
4. Elaborar un Código ético para Zahartzaroa – Asociación Vasca de Geriatría y Gerontología, y la difusión del mismo entre sus socios y socias y las entidades en las que los y las profesionales desarrollan su trabajo.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

5. Implantar el código ético con los valores de autonomía y atención integral al final de la vida, a través de un proceso de formación y una implementación de indicadores de mejora en cuatro servicios: dos unidades sociosanitarias (Aspaldiko y Orue) y dos centros residenciales privados para personas mayores (Misericordia y Residencia Olimpia).
6. Evaluar la mejora de los procesos de participación de las personas mayores en las decisiones asistenciales y de la atención integral al final de la vida.
7. Proponer la implantación en otros ámbitos.

2.2.1. *Fases Del Proyecto*

El trabajo se ha desarrollado en 4 fases (Tabla 2.1).

Tabla 2.1

Fases de elaboración

FASES							
1				2	3	4	
Determinar qué valores	+	Actores implicados	=	Comportamientos éticos	Dos ámbitos de aplicabilidad	Evaluación y Difusión	
Código Ético							

a) Primera Fase: Determinación de valores

Esta fase consistió en un proceso intenso de reflexión apoyada por la revisión bibliográfica para determinar cuáles son aquellos valores que se consideraba debían ser desarrollados e incorporados en los y las profesionales, y entidades que trabajan con las personas mayores con el objetivo de respetar su autonomía y mejorar su calidad de vida.

Tras el mismo se concluyó que los valores que debían orientar los principios éticos en la atención a las personas mayores eran los siguientes:

— Aquellos que reconocen a la persona mayor como sujeto de derechos que son *dignidad, justicia, inclusión, autonomía* y *privacidad*.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

— Aquellos que aseguran una atención correcta a sus necesidades: *atención integral personalizada, capacitación profesional, calidad* y *compromiso*.
— Aquellos que posibilitan relaciones humanizadoras necesarias para el bienestar, como son: *confianza* y *colaboración*.

b) Segunda Fase: Elaboración del Código Ético

En esta segunda fase se abordó la elaboración del Código Ético y la propuesta de compromisos de los diferentes actores implicados en el bienestar de las personas mayores, necesarios para el desarrollo y cumplimiento del mismo.

Se recogieron los valores éticos que se consideraron claves en la reflexión de la fase anterior, y, en coherencia con los mismos, se desarrollaron las normas éticas, entendidas como comportamientos a cumplir por *seis tipos de actores implicados* en el bienestar y el respeto a las personas mayores a los se pretende vincular en esta propuesta:

— *Las organizaciones,* entidades, instituciones y empresas que actúan promoviendo y creando servicios.
— *Los y las profesionales* implicados/as en la investigación, promoción y atención a las necesidades de la persona mayor.
— *La familia y personas allegadas* implicadas, por su relación, compromiso o responsabilidad, en el bienestar y la calidad de vida de la persona mayor.
— *Las administraciones públicas*, responsables de elaborar los marcos normativos que aseguran la protección de los derechos de las personas y planifican las líneas de acción.
— *La sociedad civil*, que incluye desde el movimiento asociativo y los representantes políticos, hasta la ciudadanía general.
— Por último, *las propias personas mayores*, responsables de su propio bienestar a través de la participación en las decisiones que les afectan.

c) Tercera Fase: Aplicación del código ético como instrumento de mejora de la calidad asistencial

Una vez elaborado el código, el objetivo del proyecto era reproducir un modelo práctico de implementación de valores. Esto se realizó asumiendo comportamientos éticos y valorándolos mediante indicadores.

Para ello el equipo de trabajo decidió centrarse en dos valores: *el respeto a la autonomía de las personas mayores atendidas y la atención integral al final de la vida.*

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

La implementación del primero de los valores (autonomía) se ha realizado en los centros Santa y Real Casa de Misericordia de Bilbao y Residencia Olimpia de Bilbao, y el segundo (atención integral de cuidados al final de la vida) en las unidades sociosanitarias y de convalecencia de la Fundación Aspaldiko (Portugalete) y la Residencia Igurco-Orue (Euba-Amorebieta).

d) Cuarta Fase: Evaluación y Difusión

En esta fase, tras la incorporación de comportamientos y su medición, se han evaluado y recogido las conclusiones más significativas del proceso.

Por último se ha contrastado y redactado el documento del Código Ético para proceder a su publicación.

Durante la elaboración del proyecto se ha participado en varias jornadas y congresos. Asimismo se realizará la divulgación y difusión a través de Zahartzaroa-Asociación Vasca de Geriatría y Gerontología.

2.3. **Codigo Ético para la atención sociosanitaria a la persona mayor en centros residenciales**

El Código Ético es realmente el resultado principal del trabajo realizado.

Está dirigido a todas las personas que tienen cualquier tipo de responsabilidad en la tarea de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, independientemente de su responsabilidad, ámbito de actuación o posición en relación a la persona mayor.

Por ello y en aras de que sea ampliamente utilizado en centros de Euskadi, y en el idioma que en ese centro sea el habitual, se ha considerado de interés que, aunque el proyecto se ha realizado en castellano, el Código Ético esté redactado tanto en euskera (Anexo) como en castellano.

2.3.1. *El Código Ético de Zahartzaroa. Objetivos, alcance y estructura*

Este documento propone el código ético de Zahartzaroa para la atención a las personas mayores en centros residenciales o alojamientos permanentes. En él se recogen, por un lado, los valores a promover y respetar, y por otro, la concreción de esos valores en normas y compromisos éticos (Couceiro, 2001) que se proponen a todos los agentes

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

implicados en la atención a las personas mayores. Dichos compromisos pretenden ser una aplicación práctica para que los derechos y necesidades de las personas sean atendidos al modo propiamente humano, es decir, respetando la dignidad que confiere a cualquier persona su valor y exige que sea tratado con consideración y respeto.

El código que presentamos no especifica qué valores, principios o normas son más importantes o tienen prioridad sobre otros cuando entran en conflicto. Su pretensión es dar un conjunto de argumentos y motivos para el buen hacer, para la excelencia en la intervención, la gestión y la acción profesional o política. Las personas intervinientes deberán adoptar decisiones éticas prudentes en situaciones de conflicto de valores, intentando deliberar para lograr que sean los óptimos posibles. En todo caso, creemos que las decisiones a tomar habrán de ser consistentes y coherentes con este Código.

El presente código ético se dirige a todas las personas que tienen cualquier tipo de responsabilidad en la tarea de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, independientemente de su responsabilidad, ámbito de actuación o posición en relación a la persona mayor. De ahí su estructura: en primer lugar, se recogen los valores éticos que se han considerado claves, definiendo su contenido. Posteriormente, en coherencia con los mismos, se desarrollan las normas éticas, entendidas como comportamientos a cumplir por *seis tipos de actores implicados* en el bienestar y el respeto a las personas mayores a los se pretende vincular en esta propuesta:

— Las *organizaciones*, entidades, instituciones y empresas que actúan promoviendo y creando servicios y programas para el cuidado y la atención sociosanitaria a las personas mayores, entendidas desde la responsabilidad de sus dirigentes y directivos.
— Los y las *profesionales* implicados/as en la investigación, promoción y atención a las necesidades de la persona mayor, principalmente en la atención especializada en los ámbitos sociosanitarios de carácter residencial.
— La *familia y personas allegadas* implicadas, por su relación, compromiso o responsabilidad, en el bienestar y la calidad de vida de la persona mayor y que determinan significativamente el mantenimiento de la identidad y los apoyos personales y sociales necesarios para su participación social.
— Las *administraciones públicas,* responsables de elaborar los marcos normativos que aseguran la protección de los derechos de las personas, planificando las líneas de acción, dotando de recursos suficientes y supervisando la atención sanitaria y social a los mayores.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

— La *sociedad civil,* que incluye desde el movimiento asociativo y los representantes políticos, hasta la ciudadanía general.
— Por último, *las propias personas mayores,* responsables de su propio bienestar a través de la participación en las decisiones que les afectan.

Por último, manifestar que Zahartzaroa entiende este código ético como un instrumento de reflexión ética en el ámbito de la geriatría y la gerontología y no como un fin en sí mismo. Pretende no sólo mejorar las prácticas sino, sobre todo, modificar o afianzar actitudes de respeto y compromiso con los mayores. El Código ofrece un conjunto de valores, principios y normas para guiar la adopción de decisiones y conductas cuando surjan problemas éticos; pero no es un conjunto de reglas que prescriban cómo las personas se deben comportar en todas las situaciones. Por tanto, bien lejos de su intención juzgar los procedimientos, criterios y acciones de entidades y profesionales. Es más, deseamos que tenga un carácter abierto y dinámico y sea enriquecido por la experiencia de tantas personas comprometidas con la mejora del bienestar y la atención a las necesidades personales y sociales de las personas mayores.

2.3.2. *Los valores propuestos*

Se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 2.2
Los valores propuestos

Valores		
Persona mayor como sujeto de derecho	Atención correcta de necesidades	Relaciones humanizadas
Dignidad **Justicia inclusiva** **Autonomía** **Privacidad**	Atención integral personalizada Capacitación profesional Calidad Compromiso	Confianza y Colaboración

Que reconocen a la persona mayor como sujeto de derechos

— *Dignidad y valor de la persona mayor*: La persona mayor, como cualquier otra persona, tiene valor en sí misma y por sí misma y no debe ser tratada como mero medio para lograr otros fines.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

— *Justicia inclusiva*: Entendida como igualdad de trato y de oportunidades en el acceso a las prestaciones necesarias para mejorar la calidad de vida, evitando situaciones de discriminación incompatibles con la igual dignidad de todas las personas. Entendida así, la justicia exige:

  - Una distribución equitativa de los recursos, partiendo de la igualdad de necesidades.
  - Generar las condiciones contextuales, incluidas las legislativas, para que se den condiciones de igualdad de acceso a los bienes sociales existentes.
  - Posibilitar que las personas puedan, en situación de simetría, ser escuchadas e influir activamente en la toma de decisiones personales ejerciendo sus derechos de ciudadanía.

— *Autonomía*: Capacidad de decidir y regularse por sí mismo, programando la propia vida y actuando responsablemente, a partir de los propios criterios y principios. Aunque pueda haber influencia entendemos que la autonomía decisoria o autodeterminación no tiene por qué coincidir con la autonomía funcional o independencia, entendida ésta como la capacidad de poder realizar por uno mismo las decisiones adoptadas. (CEA comarca interior, 2011) (Fundació Victor Grifols y Lucas, 2009).
— *Privacidad*: Respeto a la dimensión íntima de seguridad personal y confianza a la que solo puede accederse con autorización de la propia persona y para su beneficio (Barrio y Simón, 2006).

Que aseguran una atención correcta a sus necesidades

— *Atención integral personalizada*: Modelo de intervención que comprende a cada persona mayor como única y distinta, y planifica la atención de sus necesidades de modo global y diferenciado, atendiendo a sus características personales, valores y preferencias.
— *Capacitación profesional*: Conjunto de conocimientos, habilidades, aptitudes y actitudes necesarias para ofrecer una atención, cuidado y/o asistencia excelente a las personas mayores.
— *Calidad*: Modelo de gestión medible y reproducible que genera bienestar y satisfacción a los clientes y a la organización. Incluye la calidad de la atención, la calidad de la gestión y la evaluación de la eficiencia de los beneficios esperados.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

— *Compromiso*: Solicitud con la persona mayor, que se concreta en la promoción y realización de acciones que le generen beneficio.

Que posibilitan relaciones humanizadoras necesarias para el bienestar

— *Confianza*: Esperanza firme que se tiene en alguien o en algo en virtud de sus capacidades, credibilidad y consideración positiva, que genera seguridad en situaciones de fragilidad o vulnerabilidad.
— *Colaboración*: Implicación en el logro de un bien común, aportando con generosidad conocimientos y trabajo y facilitando el desarrollo de todas las intervenciones necesarias para la mejora de la calidad de vida de la persona.

2.3.3. *Las normas y compromisos éticos*

El bienestar de las personas mayores depende fundamentalmente de dos dimensiones: el acuerdo consigo mismo, con sus valores y su proyecto vital por un lado, y las relaciones con las personas significativas de su entorno, por otro. Para una persona mayor que vive en un espacio compartido asistencial, la propia organización y estructura del lugar o la institución influye decisivamente en los dos aspectos anteriores del mismo modo que lo hace indirectamente la sociedad, representada en las administraciones públicas fundamentalmente, para poder vivir como ciudadano, sujeto de derechos. Desde este planteamiento hemos visto oportuno que los compromisos éticos propuestos en este código vayan dirigidos a los actores significativos en la vida de las personas mayores: las organizaciones donde viven, los profesionales que atienden sus necesidades básicas y promueven su bienestar, las familias y otros amigos y allegados que forman parte significativa de su vida y las administraciones públicas responsables de velar por sus derechos. Obviamente no podemos olvidar a la propia persona mayor principal protagonista desde su libertad y responsabilidad de su propia calidad de vida.

A continuación, y siguiendo los valores propuestos, se recogen los comportamientos éticos que cada uno de los actores debe procurar realizar para que dichos valores se hagan presentes en la vida de las personas mayores.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

a) *Para el reconocimiento de la persona mayor como sujeto de derechos*

DIGNIDAD

Las organizaciones establecerán, darán a conocer y velarán por los derechos de la personas mayores, poniendo los medios y recursos humanos y técnicos necesarios para salvaguardarlos hasta el final de su vida y detectar y evitar todo tipo de trato poco digno o maltrato (Barbero, 2003), y en concreto:

— Fomentarán espacios para la participación y diálogo entre todas las personas implicadas en la organización, con especial atención a las personas mayores.
— Propondrán periódicamente (al menos una vez al año) revisiones y llevarán a cabo modificaciones estructurales o de gestión para situaciones nuevas, de excepción o emergencia para la protección de personas minimizando los riesgos existentes.

Los y las profesionales proporcionarán a cada persona mayor los mejores cuidados y las mejores condiciones físicas y emocionales en las que puedan seguir desarrollando su vida a través de un plan de atención personalizado y actualizado (al menos una vez al año) que garantice todos sus derechos, especialmente los procesos de mayor vulnerabilidad y desprotección, actuando de manera acorde a los mismos e impidiendo que sean lesionados por otros (Gracia y Júdez, 2004) y en concreto:

— Propondrán procedimientos o intervenciones respetuosas con la identidad de la persona mayor y que impulsen su bienestar y satisfacción impidiendo comparaciones, coacciones, manipulaciones y evitando lenguajes y entornos que provoquen infravaloración de su dignidad intrínseca (Barrio Cantalejo y Simón Lorda, 2006).
— Fomentarán la estima propia y ajena de los y las mayores cuidando los modos de relación y su imagen personal especialmente en aquellas personas con deterioro avanzado (Berrocal Lanzarot, 2004) (Simón y Couceiro, 1995).

La familia y personas allegadas proporcionarán o exigirán los cuidados adecuados para la atención de todas las necesidades de la persona mayor, con especial esmero y solicitud a las necesidades afectivas y relacionales y a los cuidados integrales necesarios los procesos de salud y muerte (Barbero, 2003) y en concreto:

— No utilizarán y evitarán que se utilice a la persona mayor como mero medio para lograr otros intereses.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

— Impedirán y denunciarán situaciones de trato inadecuado, discriminación o maltrato que detecten en la persona mayor y atenderán el sufrimiento que se haya podido generar por los mismos.
— Participarán como representantes en las decisiones sobre las atenciones que necesita la persona mayor incapaz, buscando la información suficiente y completa de las valoraciones de los profesionales y evitando riesgos o molestias innecesarias para la persona.

Las administraciones públicas exigirán a los centros e instituciones la elaboración de cartas de derechos y obligaciones de personas usuarias y de sus familias, y además:

— Evaluarán los niveles de satisfacción de las personas mayores en los recursos y servicios.
— Controlarán los procedimientos para gestionar las propiedades y los bienes económicos de los mayores con autonomía limitada.
— Elaborarán propuestas y guías de buen trato a personas incapaces o competencia disminuida.
— Facilitarán programas de acompañamiento y capacitación a familias y cuidadores, para evitar situaciones de riesgo para los mayores más vulnerables.
— Generarán, si es preciso a través de normas morales, las condiciones de justicia y participación en igualdad que aseguren el respeto a los derechos de las personas.
— Promoverán acciones que mejoren la percepción social de las personas mayores evitando lenguajes e imágenes que supongan infravaloración y controlarán y perseguirán situaciones de trato indigno o maltrato.

Las personas mayores mostrarán siempre un trato educado y respetuoso con el resto de las personas mayores, y concretando:

— Impedirán la exclusión de aquellas personas mayores cuya opinión sea minoritaria, permitiendo la expresión de sus opiniones, respetando sus decisiones y buscando la satisfacción de las necesidades personales de todas las personas residentes con criterios de igualdad.
— Establecerán y darán a conocer, desde la confianza con profesionales y organización, elementos de su identidad, criterios y valores personales desde donde se deben de gestionar los derechos cuando se pierda capacidad para hacerlo personalmente.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

JUSTICIA INCLUSIVA

Las organizaciones y sus dirigentes impedirán la discriminación de cualquier persona mayor por cualquier razón (necesitar más apoyos o recursos, generar molestias, requerir mayor atención, edad, nivel de dependencia, etc.) contemplando en sus planes de gestión la provisión de apoyos, entornos y contextos que permitan la participación de todas las personas en las diversas prestaciones en condiciones de igualdad, evitando cualquier situación de privilegio. Para ello:

— Gestionarán los recursos asistenciales con trasparencia, honradez y eficiencia evitando costes innecesarios y desproporcionados para las personas usuarias y/o la administración pública (CEIS de Bizkaia, 2008).

Los y las profesionales evitarán, corregirán e impedirán cualquier trato discriminatorio, vejatorio o de menosprecio a personas mayores por ninguna razón. De este modo:

— Atenderán a todas las personas de modo diferenciado en función de sus necesidades, evitando privilegios o favoritismos y estableciendo criterios de atención y prestación en virtud de los riesgos, prioridad o urgencia.
— Facilitarán la incorporación social, participación y respeto a todas las personas mayores, prestando los apoyos necesarios de modo personalizado.

La familia y personas allegadas gestionarán los recursos de la persona mayor teniendo en consideración sus valores, las necesidades presentes y futuras y contando siempre que sea posible con su adecuada participación.

— Se implicarán en la búsqueda de apoyos y recursos que impidan situaciones de desigualdad, exclusión, marginación o aislamiento social y/o familiar de las personas mayores (CEIS de Bizkaia, 2008).

L*as administraciones públicas* establecerán criterios y requisitos claros y paritarios para el acceso a los recursos sanitarios y de servicios sociales y los pondrán en conocimiento de todos los ciudadanos, y en consecuencia:

— Promoverán el desarrollo de programas de atención especializada para personas mayores en situación de exclusión o desprotección.
— Impulsarán la accesibilidad universal de todas las personas mayores a los espacios públicos, evitando y persiguiendo situaciones

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

de marginación de determinados grupos de personas mayores (personas inmigrantes, en riesgo de exclusión social…).

Las personas mayores evitarán cualquier trato inadecuado o excluyente a otras personas mayores y colaborarán solidariamente en la atención de otras personas mayores que requieran cuidados más especializados (como por ejemplo los cuidados paliativos), de más intensidad o dedicación, para evitar situaciones de sufrimiento o desprotección graves (Barrio Cantalejo y Simón Lorda, 2006) (Gracia y Júdez, 2004). Para ello:

— Denunciarán y/o pondrán en conocimiento de los responsables cualquier situación de desigualdad en el trato o en la asignación de recursos o prestaciones.
— Harán un uso responsable de las instalaciones, recursos y servicios ofrecidos.

AUTONOMÍA

Las organizaciones establecerán procedimientos y modelos de atención que prioricen el protagonismo y participación de la persona mayor en sus planes asistenciales y de cuidados, incluyendo instrumentos de recogida y acceso a valores, deseos, gustos y preferencias de las personas mayores. Para lograrlo:

— Facilitarán, con recursos informativos y humanos, que toda persona mayor pueda nombrar, de forma anticipada, a quien le represente cuando no sea capaz de hacerlo por sí misma así como elaborar el Documento de Voluntades Anticipadas si lo desea (Barbero, Romeo Casabona, y otros, 2001) (Couceiro, 2001).
— Fomentarán entornos cercanos y de confianza, así como la participación de personas de apoyo/familiar/amigo en los diversos momentos de su atención y elaboración del plan de cuidados, de modo que la persona mayor pueda mejorar su participación en las decisiones que le competen.
— Facilitarán sistemas de participación, quejas y sugerencias sencillos y prestarán apoyos para su utilización.
— Promoverán el conocimiento y reconocimiento de cada profesional y en especial del profesional responsable y el de referencia a quien dirigirse en cada momento.

Los y las profesionales se relacionarán prioritariamente con la persona mayor para el establecimiento de los planes y actuaciones a realizar, invitándole a participar en los mismos y evitando que otras personas le

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

sustituyan en las decisiones que le competen y para las que es autónoma, sin su consentimiento. Para ello:

— Favorecerán y fomentarán con los apoyos necesarios la autodeterminación de las personas mayores en las elecciones y decisiones que les afectan facilitando la información y comprensión de los procesos y actuaciones referidos a su persona, desde los más sencillos (aseo, medicación) a los más complejos, para que entienda los beneficios, los riesgos y su incidencia en su modo de vida cotidiana (Galán Cortés, 1997).
— Respetarán en sus actuaciones los valores, creencias y decisiones autónomas de las personas mayores, y tendrán en cuenta sus necesidades, deseos y preferencias expresados por ella misma o por sus familiares, allegados o representantes legales en todas las actuaciones de atención y cuidado (apariencia física, estilo de habitación, gustos en la comida...) y en las decisiones clínicas al final de su vida (Barbero, Casabona y otros, 2001) (Gómez Rubí, 2001).
— Se formará y utilizarán las habilidades personales y profesionales (escucha, empatía, paciencia…) para promover actitudes y espacios donde las personas mayores puedan comunicar sus deseos e intereses.

La familia y personas allegadas velarán porque se tenga en cuenta a la persona mayor en la planificación de sus cuidados y en las decisiones sobre su vida y posibilitarán su participación en las mismas, en la medida que sus capacidades se lo permitan (Fundació Victor Grifols y Lucas, 2009). En concreto:

— Aportarán a los profesionales y organizaciones prestadoras de servicios y atenciones, información sobre la historia, los valores, gustos y modos de ser propios de cada persona, con el fin de recogerlos en la documentación y utilizarlos en la atención para que la persona mayor no pierda su identidad.
— En caso de representar a la persona mayor, tomarán las decisiones acordes a los valores de esta y solicitarán que se respeten dichos valores en los diversos marcos asistenciales.
— Evitarán la sobreprotección y el paternalismo de la persona mayor facilitando los apoyos y recursos necesarios para su participación en el proceso de decisión.
— Solicitarán información completa sobre los procesos y actuaciones referidos a la persona que representa y sobre los beneficios y los riesgos, para poder otorgar o no su «consentimiento por representación» con plena responsabilidad.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Las administraciones públicas exigirán y evaluarán los procesos de información y consentimiento utilizados por las entidades y profesionales para cualquier tipo de intervención para personas mayores, especialmente los que hacen referencia a su ingreso y a la utilización o retirada de tratamientos y cuidados al final de la vida (Barrio Cantalejo y Simón Lorda, 2006). En consecuencia:

— Promoverán la elaboración de guías para la valoración de la capacidad de las personas mayores, documentos de consentimiento informado y de directrices previas estableciendo recursos formativos y apoyando la creación de grupos de trabajo en ética asistencial intercentros.
— Apoyarán la existencia de procedimientos ágiles de modificación de la capacidad legal de obrar a las personas mayores que estén en situaciones de desprotección de alguno de sus derechos.

Las personas mayores facilitarán a profesionales y organizaciones información sobre aquellos aspectos que quieran ser tenidos en cuenta en las decisiones asistenciales y asumirán con responsabilidad las consecuencias que se deriven de sus decisiones autónomas.

Privacidad

Las organizaciones promoverán entornos físicos que protejan de la observación ajena aquellas conductas íntimas como el baño, la evacuación y la sexualidad de las personas mayores, y modelos de atención que respeten la privacidad y eviten cualquier imposición en la gestión de la vida íntima de las personas mayores (Berrocal Lanzarot, 2004). Por tanto:

— Custodiarán correctamente toda la información en todo tipo de soportes (papel, visual y digital) evitando el acceso a la misma a personas no autorizadas y establecerán protocolos o procedimientos para el respeto a la confidencialidad de la persona mayor, así como modelos de consentimiento para las situaciones de excepción (Galán Cortés, 2001) (Fundación Ciencias de la Salud, 2005).
— Garantizarán la privacidad disponiendo de espacios apropiados, especialmente en situaciones especiales para la persona mayor y su familia como el final de la vida.

Los y las profesionales solicitarán permiso, o al menos informarán, si van a acceder al ámbito privado de las personas usuarias y cuando lo hagan será con respeto y prudencia. En consecuencia:

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

— Preservarán de personas ajenas los espacios donde se realizan actos privados e íntimos lejos de la atención de otros, y realizarán cuidados corporales con discreción y pudor.
— Preservarán la confidencialidad de la información privada que conozcan de las personas usuarias utilizándola sólo cuando sea absolutamente necesario; en ese caso comunicarán a la persona, o en su caso su representante, cómo se utilizará dicha información y solicitarán su autorización para compartirla si fuera preciso con otros/as profesionales o agentes externos (Fundación Ciencias de la Salud, 2005).

La familia y personas allegadas harán siempre un uso respetuoso y privado de la información (verdadera o falsa) que haga referencia a la persona mayor, así como a su imagen personal, aceptando las peculiaridades de cada persona, y evitando situaciones en que sus deficiencias y su intimidad sean expuestas innecesariamente.

Las administraciones públicas promoverán la elaboración de guías de buenas prácticas para el respeto a la privacidad y supervisarán y controlarán el cumplimiento de la LOPD (CEA comarca interior, 2011), (Fundación Ciencias de la Salud, 2005). Por tanto:

— No solicitarán información confidencial y privada de las personas mayores más que en relación a aquellos aspectos que sean necesarios para sus funciones de garantía de los derechos ciudadanos y, una vez obtenida, se asegurarán del respeto a la confidencialidad de la misma.

Las personas mayores y sus familiares mantendrán la privacidad y guardarán la confidencialidad de aquellos aspectos privados de otros que voluntaria o involuntariamente conozcan y que afecten a su intimidad y a su imagen personal.

b) *Para asegurar una atención correcta a sus necesidades*

ATENCION INTEGRAL PERSONALIZADA

Las organizaciones pondrán a disposición de las personas usuarias los recursos humanos y técnicos necesarios para ofrecer una atención integral y personalizada que satisfaga las diferentes y cambiantes necesidades de las personas mayores (Montalvo-Jaaskelainen *et al.*, 2005). Por tanto:

— Establecerán programas de atención integral a las personas mayores al final de su vida, que incluyan la atención a las necesi-

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

dades físicas, emocionales, sociales y espirituales, sin olvidar la atención a las necesidades de sus familiares y allegados (Couceiro Vidal, 1997).

Los y las profesionales realizarán una valoración completa de las necesidades de la persona mayor establecerán un plan personalizado para satisfacerlas, teniendo siempre en cuenta sus los valores, creencias deseos, preferencias y sobre todo sus propios objetivos vitales. De este modo:

— Atenderán de modo individualizado, personal y flexible a cada persona mayor, facilitando el reconocimiento de su identidad y evitando intervenciones que limiten continua y generalizadamente la libertad personal de la persona mayor.
— Establecerán de manera personalizada una planificación anticipada de cuidados a cada persona mayor al final de la vida, cuidando desde los aspectos físicos específicos (cuidados de confort, control de síntomas, atención especial al dolor y a la agitación, especialmente en personas con deterioro cognitivo grave), hasta las necesidades morales individuales (determinación de su representante), sin olvidar los aspectos emocionales que puedan aparecer (depresión, desmoralización, etc.) (Barbero, 2003), (Couceiro, 2001).

L*a familia y personas allegadas* facilitarán, o al menos no impedirán, que la persona mayor pueda seguir desarrollando actividades y relaciones significativas en todas las dimensiones de su vida personal.

L*as administraciones públicas* impulsarán modelos de atención centrados en las capacidades y la identidad de la persona mayor y no en el control de sus déficits. Para ello:

— Posibilitarán con sus reglamentaciones la creación de sistemas de información compartidos entre los diferentes ámbitos (sanitario y social por ejemplo), niveles asistenciales (comunitario y especializado) y profesionales que faciliten una atención integral de las personas mayores sin renunciar a ninguna de las prestaciones que les corresponden en justicia (Couceiro Vidal, 1997).

Las personas mayores participarán de forma activa, si sus capacidades se lo permiten, en la elaboración de su plan de atención y/o de asistencia informando de sus valores y preferencias y responsabilizándose de aquellos aspectos que les sea posible.

Capacitación profesional

L*as organizaciones* garantizarán la formación y capacitación técnica y relacional de sus trabajadores, facilitando y potenciando la adquisición

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

de los conocimientos y habilidades necesarias para una atención de calidad a las personas mayores usuarias. Para ello:

— Desarrollarán indicadores de evaluación y mejora de las intervenciones realizadas. y atenderán las necesidades nuevas de formación en aquellos campos donde existan avances o conocimientos nuevos.
— Evitarán disponer de personas que carezcan de capacitación técnica o relacional suficiente para la atención encomendada en cada intervención.

Los y las profesionales mantendrán una actualización permanente de sus conocimientos profesionales. contando en los aspectos técnicos de la misma con evidencia científica suficiente para las intervenciones realizadas (Simón y Couceiro, 1995). En consecuencia:

— Colaborarán con la implantación de procesos de investigación e innovación para la mejora de los servicios y atenciones.
— Desarrollarán destrezas (como la escucha, la gestión de la hostilidad, la asertividad y la personalización) y actitudes (como la empatía, la aceptación y la congruencia o autenticidad) adecuadas para una relación y comunicación beneficiosa para la persona mayor.
— Se capacitarán emocionalmente para prestar un acompañamiento adecuado en los procesos de final de la vida y duelo (Barrio Cantalejo y Simón Lorda, 2006) (Couceiro, 2001) (Gracia, 1993).

La familia y personas allegadas. Tratarán de mejorar sus conocimientos en la atención de las necesidades de la persona mayor, por ejemplo a través de programas dirigidos a cuidadores y cuidadoras informales o asesorándose de profesionales. Así:

— Se procurarán cuidados personales que eviten situaciones de agotamiento y sobrecarga que incidan en una mala atención a la persona mayor.

Las administraciones públicas establecerán sistemas de acreditación y evaluación para profesiones de atención directa a personas mayores. Concretando:

— Establecerán con claridad los planes de «carrera» profesional y de mejora de la atención.
— Invertirán recursos y diseñarán programas de investigación e innovación sociosanitaria en la atención a los mayores que mejoren la calidad de las prestaciones.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

— Cuidarán en la formación y en los criterios de selección profesional tanto la capacitación técnica como la relacional.

CALIDAD

Las organizaciones establecerán sistemas validados de control y gestión de la calidad que incluyan la evaluación de la satisfacción de los usuarios y sus familiares y el respeto a sus derechos. Por tanto:

— Se comprometen a evaluar con honestidad y transparencia el desarrollo de la labor asistencial a través de indicadores significativos y controles precisos que evidencien con objetividad la mejora, o no, de la calidad de vida de las personas mayores usuarias.

Los y las profesionales serán rigurosos/as, desarrollando buenas prácticas asistenciales que se fundamenten en conocimientos y evidencias contrastadas tanto a nivel técnico como en relación a la satisfacción de las personas atendidas. Para lograrlo:

— Utilizarán bien y optimizarán los recursos existentes con el fin de lograr el mayor beneficio posible de las personas usuarias.
— Cumplirán las normas de funcionamiento de los distintos servicios de la organización y participarán en la revisión periódica de las mismas, al menos una vez al año.
— Conocerán y darán a conocer los riesgos y contraindicaciones detectadas a lo largo de las intervenciones y protocolizarán aquellos procedimientos que pueden generar riesgos frecuentes a las personas mayores (Galán Cortés, 1997).

La familia y personas allegadas colaborarán y participarán con interés en los procesos de evaluación y mejora de las prestaciones.

Las administraciones públicas establecerán indicadores objetivos para evaluar la calidad y el beneficio efectivo de las prestaciones en las personas mayores e impedirán la ocultación de situaciones problemáticas y de riesgo, facilitando su corrección lo antes posible. Para ello:

— Impulsarán la creación de comités de ética como órganos de calidad de las prestaciones a las personas mayores.

Las personas mayores utilizarán los medios oportunos, como puede ser el sistema de sugerencias y quejas, con el fin de mejorar las prestaciones recibidas y colaborarán en la evaluación de las prestaciones participando en los procesos diseñados para ello.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

COMPROMISO

Las organizaciones garantizarán con calidad y medios suficientes y adecuados, el cuidado de la persona mayor, protegiendo sus derechos hasta su muerte, prestando especial atención a su defensa en situaciones de desamparo o vulnerabilidad (Barbero, 2003) (Sánchez Caro y Abellán, 2003). En consecuencia:

— Cumplirán todos los compromisos adquiridos en el contrato con la persona mayor siempre que no generen situaciones de contraindicación o de ilegalidad (Barrio Cantalejo y Simón Lorda, 2006).
— Perseguirán la excelencia, aportando lo mejor de la organización a las personas en cada momento, para lograr una atención óptima y respetuosa con sus derechos.

Los y las profesionales ofrecerán la mejor atención posible a la persona mayor y su familia desde una relación interpersonal cálida y significativa con amabilidad, tolerancia y respeto, especialmente en situaciones de dificultad emocional grave generadas por el deterioro de la persona mayor. Para ello:

— Buscarán comprender la experiencia y la realidad de cada persona y buscarán el modo más adecuado y personalizado para satisfacer sus necesidades.
— Fomentarán y desarrollarán actitudes como la humildad, la confianza, la disponibilidad, la amabilidad, la paciencia y la tolerancia.

La familia y personas allegada crearán las condiciones más favorables, a través de actitudes y comportamientos adecuados en la familia y en los servicios, para lograr el bienestar personal y social de la persona mayor. Por ello:

— No delegarán su responsabilidad de cuidado y protección de la persona en los profesionales y organizaciones que le atienden, colaborando en su plan de atención de modo coordinado con especial cuidado en los procesos del final de la vida (Barrio Cantalejo y Simón Lorda, 2006).
— Buscarán favorecer la comunicación y el contacto con todos los agentes implicados en el bienestar de la persona mayor, en especial cuando dicha persona tenga limitada su capacidad.

Las administraciones públicas priorizarán en sus programas y planes de gestión el beneficio de las personas usuarias. Para ello:

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

— Buscarán modos de coordinación interinstitucional en la asignación de competencias para evitar situaciones de atención insuficiente a determinados grupos o personas mayores.
— Sensibilizarán a la ciudadanía en sus responsabilidades con los mayores impulsando programas de voluntariado y solidaridad ciudadana.
— Establecerán programas de formación a la población general para establecer modos adecuados de relación con los mayores.

Las Personas mayores se implicarán con responsabilidad en su cuidado personal, participando en el plan de atención y asumiendo las consecuencias que se derivan de las propias decisiones personales. Así:

— Colaborarán en la creación de un sistema de relaciones respetuosas que faciliten la convivencia con el resto de las personas en el centro residencial.

c) *Para posibilitar relaciones humanizadoras necesarias para el bienestar*

Confianza y colaboración

Las organizaciones darán a conocer a las personas mayores y sus familias los servicios y prestaciones, escuchando y ajustando sus expectativas cuando no sea posible satisfacerlas. Para ello:

— Buscarán compartir los valores y misión de la entidad entre todos sus miembros.
— Serán transparentes en la gestión y facilitarán la participación a las personas mayores, sus familiares y los profesionales para el establecimiento y cambios en el modelo organizativo y asistencial.
— Informarán de forma continua y periódica de los cambios y de las razones de los mismos.
— Establecerán un procedimiento de quejas y sugerencias que sitúen a la organización y a los profesionales en un proceso de mejora continua.

Los y las profesionales mostrarán y solicitarán disponibilidad, participación en las decisiones y colaboración en la asistencia desde el comienzo de la relación, para lograr el mayor bienestar y el mejor clima de entendimiento posible con la persona mayor y su familia. En consecuencia:

— Escucharán con una actitud de consideración positiva a la persona mayor evitando prejuicios e infravaloraciones, atendiendo de

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

modo solícito las necesidades y dificultades que la persona manifieste.
— No utilizarán engaños, manipulaciones, información sesgada o incompleta con la persona mayor y sus familias para lograr objetivos que no se conocen o comparten.
— Establecerán relaciones capacitadoras que fomenten la estima de la persona mayor centrándose en lo que la persona puede conseguir y no sólo es sus déficits o limitaciones.
— Evitarán relaciones de atención «defensiva» que solo pretendan cumplir estrictamente las obligaciones legales mínimas.
— Se implicarán en el trabajo en equipo con compañerismo evitando relaciones de competencia desleal que supongan riesgos para los mayores y/o los compañeros.
— Reconocerán con honestidad sus límites personales y profesionales para solicitar ayuda en beneficio de las personas usuarias.

La familia y personas allegadas aceptarán y respetarán los compromisos adquiridos para lograr coordinación y acuerdo en la atención a la persona mayor. Por tanto:

— Manifestarán con transparencia, veracidad y respeto sus opiniones y las de la persona mayor evitando enfrentamientos y descoordinaciones en las decisiones compartidas con los profesionales.
— Comprenderán aquellas dificultades para satisfacer sus necesidades que son generadas por la atención a otros residentes o por situaciones de emergencia o excepcionalidad y colaborarán solidariamente, si es posible, en las mismas.
— Serán miembros activos y exigirán ámbitos de participación en las organizaciones, planes y programas de asistencia a los mayores, defendiendo sus derechos, especialmente en el caso de los mayores incapacitados.

Las administraciones informarán con transparencia y periodicidad a la opinión pública de la gestión llevada a cabo. Concretando:

— Adecuarán el lenguaje y los contenidos para hacer comprensibles los catálogos y simplificarán los procedimientos de acceso a las prestaciones públicas.
— Publicitarán las decisiones tomadas que afecten a las políticas y prestaciones sanitarias y sociales con la población mayor y los argumentos que los sostienen.
— Facilitarán apoyos y eliminarán barreras que impidan el acceso, de las personas mayores, en condiciones de igualdad a los espa-

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

cios y prestaciones públicas y considerarán especialmente valiosas sus aportaciones para el establecimiento de las políticas y gestión de los servicios públicos.

— Contará con la opinión y experiencia de las entidades privadas que atienden a las personas mayores en las políticas públicas.

Las personas mayores mostrarán una actitud de colaboración y responsabilidad, y no solo de exigencia, hacia los profesionales y la organización, buscando un buen entendimiento para conseguir la mejor atención posible.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

3. Aplicación del código ético como instrumento de mejora de la calidad asistencial

El Código Ético puede leerse como un documento de apoyo y mejora profesional que ayude a las agentes implicadas en el cuidado de las personas mayores. En este sentido, una lectura reposada, puede ser una inestimable ayuda para poder tomar decisiones de respeto y calidad hacia la dignidad y al proyecto de vida de las personas atendidas.

Nuestra aportación avanza un paso más, al ofrecer una propuesta, práctica y evaluada, *para convertirlo en un elemento práctico, asumible y reproducible en un entorno sociosanitario*.

Cada centro, cada equipo de profesionales, podrá elegir el/los valores que quieren trabajar y en función de ellos hacer un recorrido similar al que presentamos.

En nuestro caso, el equipo de trabajo decidió centrarse en dos ámbitos recogidos entre los valores del código: el respeto a la *autonomía* de las personas mayores atendidas y la *atención integral personalizada* al final de la vida.

La implementación del primero de los valores (Autonomía) se ha realizado en los centros de la Santa y Real Casa de Misericordia y la residencia Olimpia de Bilbao, y el segundo (Atención integral en los cuidados al final de la vida) en las unidades sociosanitarias y de convalecencia de la Fundación Aspaldiko (Portugalete) y la residencia Igurko-Orue (Euba-Amorebieta).

La duración de esta fase ha sido de 9 meses, desde abril a diciembre de 2013. Los elementos del proceso, se resumen en el siguiente gráfico.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Gráfico 3.1

Proceso

3.1. **Determinación de compromisos e indicadores de mejora para trabajar el respeto a la autonomía y la mejora de la atención integral personalizada al final de la vida**

Los valores, cuando son asumidos por las personas, devienen en compromisos y actuaciones. Esto implica centrarnos en aspectos de nuestro quehacer diario que podamos asumir, transformándolos en acciones de mejora en el ámbito personal y profesional.

En este sentido, las personas (agentes) implicadas fueron: las organizaciones, los cuatro centros implicados; los y las profesionales de estos centros; las personas mayores y sus familias.

a) Para trabajar *el valor de la autonomía*, se asumieron los siguientes compromisos:

— Buscar la corresponsabilidad, colaboración e implicación del usuario y la familia.
— Lograr una progresiva implicación del personal, en el proceso de incorporar las decisiones de la persona mayor en su atención.
— Mejorar la participación de la persona mayor en la elaboración de su plan de atención, posibilitando la expresión de sus deseos y valores.
— Formar a los profesionales en ética de la autonomía.

Una forma de medir estos compromisos son los *indicadores*. En este caso se elaboraron tres.

Indicador 1. Número de personas que tienen identificada la persona de referencia

Esto permite hacer partícipe a la persona mayor en la elección y que sea reconocida como tal. A las organizaciones les facilita el tener actualizado un canal de comunicación.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Indicador 2. Número de personas mayores residentes que tienen identificados y recogidos en su historia socio-personal sus valores, gustos y/o intereses

Este conocimiento permite avanzar hacia una atención personalizada centrada en cada persona, que respete su autonomía y preserve su capacidad e individualidad. Además visibiliza, por parte de la persona mayor y familias, la preocupación de las organizaciones por salvaguardar sus deseos e intereses.

Indicador 3. Número de casos en que existe conocimiento por parte de la persona mayor y su persona de referencia del plan de atención individual establecido

Este indicador incrementa la corresponsabilidad, colaboración e implicación del usuario y/o familia, en el proyecto de atención integral y mejora las relaciones de confianza.

La muestra a la que se aplicó estos indicadores fueron los nuevos ingresos en los centros, entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2013.

b) Para trabajar el valor de la atención integral personalizada al final de la vida, se asumieron los siguientes *compromisos*:

— Impulsar la relación residente/familia y allegados en busca de determinar una persona que sea referente y acompañe toda la estancia, ayudando en las decisiones, hasta el final de la vida.
— Mejorar la participación de la persona mayor en la expresión de sus deseos y valores.
— Mejorar el abordaje y tratamiento del dolor al final de la vida.
— Formar a los profesionales en la atención integral al final de la vida.

Para medir estos compromisos, se elaboraron cinco *indicadores*:

Indicador 1. Número de personas informadas previamente a la intervención, de su situación de terminalidad.
Este parámetro influirá a la hora de tratar la comunicación y las actuaciones hacia la persona mayor, ayudándole a expresar sus deseos, a elegir una persona de referencia, etc.

Indicador 2. Número de personas que tienen identificado en su plan de atención y cuidados individualizado algún deseo o valor en relación a los cuidados que desea recibir al final de su vida.
Además de incidir en el valor de la autonomía, logra una progresiva implicación del personal en elaborar una planificación antici-

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

pada pesonalizada, integrando los deseos y valores en una atención más personalizada.

Indicador 3. Número de personas mayores que tienen identificada a la persona de referencia y apoyo en la toma de decisiones para la situación final de vida.

Indicador 4. Número de personas de referencia elegidas, que ejercen como tal en la toma de decisiones en los cuidados al final de la vida.
Estos dos indicadores impulsan la relación residente/familia y allegados en busca de determinar una persona que sea referente y acompañe toda la estancia. Ayudan en las decisiones, tanto a la persona mayor como a las organizaciones.

Indicador 5. Número de personas mayores con valoración de dolor mediante un instrumento objetivo.
Supone una mejora en el abordaje y tratamiento del dolor al final de la vida.

La muestra objeto de estudio de estos indicadores fueron las personas mayores con criterios de inclusión en cuidados al final de la vida, entre el 1 de agosto y el 31 de octubre de 2013.

3.2. **Formación**

Para lograr la implicación de los equipos de profesionales de los centros en los procesos de mejora, se comenzó con una formación específica en ética en cada centro en cada uno de los valores elegidos.

— *En el respeto a la autonomía* de las personas mayores se formó al personal de las residencias Olimpia y Misericordia. Se impartió un curso de 20 horas, de manera conjunta al personal de ambos centros.

El curso se dividió en una parte presencial y otra tutelada *on-line.* La parte presencial se centró en los contenidos teóricos relacionados con el respeto a la autonomía de las personas mayores y la parte *on-line* fue dedicada a la resolución practica de casos prototipo, con el objetivo de mejorar la calidad ética de la atención en relación a la autonomía.

Recibieron formación un total de 21 personas.

— *En la atención integral al final de la vida* se formó al personal de las unidades sociosanitarias existentes en los centros de Orue y Aspaldiko.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

La metodología fue similar, incorporando parte teórica presencial y parte práctica de estudio de casos *on-line.*

Recibieron formación 44 personas.

En cuanto a los perfiles profesionales de los y las profesionales de ambos grupos se recoge en la Tabla 3.1.

Tabla 3.1

Profesionales formados

Profesionales	Autonomía	Atenc. Integral
Psicólogo/a	2	3
Educ. social	1	
Pedagoga		1
Trab. Social	4	1
Fisioterapeuta		2
Animadora	1	
Gerocultoras	5	12
Enfermeras/os	4	20
Médicos/as	2	4
Dirección/gerencia	2	1
Total	21	44

Hay que resaltar la gran implicación de las personas que participaron en el proceso formativo. Además es importante señalar la participación de distintos perfiles profesionales y también la implicación de personas de responsabilidad de las distintas organizaciones.

Tras la formación se realizó encuesta de evaluación de la misma por parte de todos las personas asistentes. Lo mejor valorado ha sido el dominio de la materia del personal que ha impartido la formación. Lo peor valorado ha sido la duración de la formación, aunque ha habido personas que han considerado que el curso era excesivamente corto y otras personas que era excesivamente largo.

A las personas que han participado en la formación se les ha emitido certificación acreditativa de la misma.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

3.3. **Implementación de indicadores y resultados**

Tras la formación recibida por parte de los equipos de trabajo en los cuatro centros, se inicia un acompañamiento por parte del equipo coordinador de esta fase para el *pilotaje de los indicadores* propuestos.

Se realizaron 7 reuniones con los responsables de la implantación en cada centro.

A continuación se recoge el trabajo realizado en cada uno de los grupos.

3.3.1. *Grupo de trabajo de mejora de la autonomía*

Establecimiento de la muestra

Para todos los indicadores se ha utilizado una muestra de 32 personas residentes, 16 con deterioro cognitivo (MEC-Lobo inferiora 30), y 16 sin deterioro cognitivo (MEC-Lobo mayor de 30), entre los ingresados en estos centros entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2013. Han sido 120 ingresos, que corresponde al universo de la muestra. El criterio de inclusión, dado que se trata de un rodaje, ha sido la accesibilidad y disposición a participar, tanto de las personas mayores como de sus familias.

Implementación de indicadores

INDICADOR 1: NÚMERO DE PERSONAS QUE TIENEN IDENTIFICADA LA PERSONA DE REFERENCIA (PR)

Objetivos específicos:

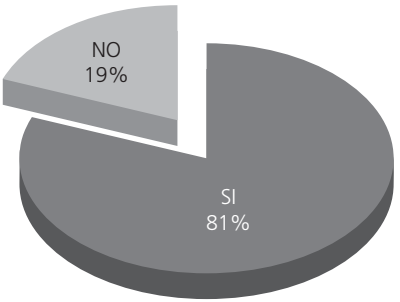
— Hacer partícipe a la persona mayor en la elección
— Identificar la persona de referencia que ejerce como tal y cambiarla en el sistema de gestión, en caso de que no coincida la que se tiene recogida al ingreso.
— Adecuación del canal de comunicación.

Acciones realizadas:

— Reunión con los profesionales de atención implicados en la determinación de la adecuación de la persona de referencia.
— Entrevista y puesta en contacto con familiares y personas allegadas si las hubiere, de quienes se recaba información sobre quién actúa como referente y si existe consenso.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

— Entrevista con la persona mayor en caso de no deterioro cognitivo o en caso de entender que tiene competencia para aportarnos información, respecto a lo que consideraría su persona de referencia.



La mayoría de residentes de la muestra (94%) tienen una persona de referencia actualizada en su historia.

En el 81% de los casos esta PR era reconocida como tal por la persona mayor.

Gráfico 3.2
Persona de referencia reconocida por la persona mayor

Se contrasta en las entrevistas, si la PR actuaba asumiendo las funciones y responsabilidades que ello conlleva. La mayoría de estas PR (90%) actúa como tal, respondiendo ante las situaciones para las que son requeridas.

En el grupo de las personas que no existía coincidencia, se consensua la elegida con la persona mayor, se mantiene una entrevista con la persona de referencia para obtener su aceptación y se actualiza el sistema de gestión.

INDICADOR 2: NÚMERO DE PERSONAS MAYORES RESIDENTES QUE TIENEN IDENTIFICADOS Y RECOGIDOS EN SU HISTORIA SOCIO-PERSONAL SUS VALORES, GUSTOS Y/O INTERESES

Objetivos específicos:

— Mayor y mejor conocimiento de los deseos de la persona mayor de cómo intervenir ante situaciones futuras.
— Conocimiento, por parte de la persona mayor y familias, de nuestra preocupación por salvaguardar los deseos e intereses del residente.

Acciones realizadas:

— Sobre la muestra anteriormente citada se realiza una revisión de la historia social del usuario y del plan de actuación individualizado.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

— Posteriormente se establece una entrevista con la persona mayor, y/o con la persona de referencia. Dada la dificultad encontrada para identificar valores por parte de las personas mayores, la metodología seguida ha consistido en sugerirles algunos valores, y pedirles que nos dijeran los de principal importancia para ellos, y ordenarlos a su vez por prioridad o importancia. Del mismo modo, a las personas mayores que presentaban dificultades para nombrar actividades abiertamente, se les han sugerido tipos de actividades y debían decirnos las que resultaban de su interés y las que les desagradaban.
— Abordaje de este aspecto con los profesionales de referencia de mayor conocimiento de cada residente.
— Implantación de una historia de valores en la que también se incluyen aspectos relacionados con gustos, intereses, centralizada en un apartado del sistema de gestión.

Resultados:

Todas las personas entrevistadas (32) han sido capaces de identificar gustos, preferencias y valores, aunque les es más fácil identificar gustos.

Entre las personas mayores, el 87,5% consideran importante conocer y registrar esta información en su historia.

INDICADOR 3: NÚMERO DE CASOS EN QUE EXISTE CONOCIMIENTO POR PARTE DE LA PERSONA MAYOR Y SU PERSONA DE REFERENCIA DEL PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL ESTABLECIDO (PAI)

Objetivos específicos:

— Establecimiento de canales de comunicación e información que incrementen la confianza mutua.
— Mayor conocimiento del trabajo realizado por los profesionales, poniendo en valor el mismo.

Acciones realizadas:

— Poner en conocimiento de la persona usuaria y/o sus representantes el procedimiento interno de valoración y elaboración del PAI.
— Información del PAI elaborado a cada persona usuaria y/o su representante y diálogo sobre el mismo.

Resultados:

Se ha puesto en conocimiento del PAI a todos los residentes de la muestra (32) y sus familias.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

En torno a un 20 % de las personas entrevistadas han conocido aspectos nuevos del Plan de Atención Individualizado; estos datos reflejan que la mayoría de usuarios/familias eran conocedores con anterioridad del plan de cuidados y éste cubría sus expectativas.

Por otro lado, el 84% de personas entrevistadas, consideran que se ha incrementado el sentido de colaboración y corresponsabilidad.

3.3.2. *Grupo de trabajo de mejora de la atención integral al final de la vida*

Establecimiento de la muestra

Se define en equipo multidisciplinar cuál va a ser la muestra para testar los indicadores, los criterios de inclusión en el estudio y las fechas de ejecución.

— La población de estudio, en los centros intervinientes, se extrae de las unidades sociosanitarias (54 plazas) y de las unidades de convalecencia (38) plazas.
— Criterios de inclusión: Pacientes de las unidades sociosanitarias ingresados con perfil «cuidado al final de la vida» y paciente de las unidades de convalecencia con diagnóstico de enfermedad terminal, en ambos casos con una expectativa de vida inferior a 6 meses.
— Así, de una población total de 92 personas ingresadas, cumplían criterios de inclusión, 17 personas, el 18,5%, siendo la muestra en la que se han testado los indicadores.

La fecha de ejecución: entre el 1 de agosto y el 31 de octubre de 2013.

Implementación de indicadores

INDICADOR 1: NÚMERO DE PERSONAS INFORMADAS PREVIAMENTE A LA INTERVENCIÓN, DE SU SITUACIÓN DE TERMINALIDAD

INDICADOR 2: NÚMERO DE PERSONAS QUE TIENEN IDENTIFICADO EN SU PLAN DE ATENCIÓN Y CUIDADOS INDIVIDUALIZADO ALGÚN DESEO O VALOR EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS QUE DESEA RECIBIR AL FINAL DE SU VIDA

Objetivos específicos en estos dos indicadores:

— Mejorar la participación de la persona mayor en la expresión de sus deseos y valores, de forma que se puedan integrar en los cuidados.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

— Lograr una progresiva implicación del personal en el proceso de atención integral, facilitando el desarrollo de habilidades que ayuden a la persona mayor en la toma de decisiones autónomas al final de la vida.

Acciones realizadas:

— Se dan instrucciones sobre el campo del Plan de Cuidado Individualizado (PCI) donde van a ir reflejados los datos recogidos.
— Se conforma un grupo de trabajo multidisciplinar para incluir en la herramienta informática, que recoge PCI, los nuevos campos creados. (Ejemplo: creación y desarrollo de un campo específico sobre historia de vida).
— Se realiza reunión con las coordinadoras del personal auxiliar de enfermería en cada centro, para evaluar el desarrollo del trabajo y posteriormente trasladar las resoluciones al resto del personal.
— Se realiza desde el departamento psicosocial un documento interno: Guía básica para exploración de necesidades, valores y deseos que se entrega en todas las unidades del Centro sobre el que se apoya la línea de trabajo general.
— Se selecciona a una serie de trabajadoras, que han participado en la formación, para liderar los casos, con el fin de que cada residente tenga una persona de referencia. En este sentido, se les responsabiliza para que generen «ambientes» que permitan indagar sobre los deseos y valores de la persona mayor.
— Se facilita poder dedicar un tiempo específico para el diálogo y recogida de datos mediante la reorganización de algunas tareas en momentos puntuales en las unidades.

Resultados:

— Durante el período de estudio se identificaron 17 personas que cumplían los criterios de inclusión.
— En relación con el Indicador 1: Como muestra el gráfico adjunto, el 65 % de los pacientes estaban informados previamente del diagnóstico de enfermedad avanzada que padecía. En un 6% de los casos, pacientes con deterioro cognitivo severo, este conocimiento no aparecía reflejado en su historia.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

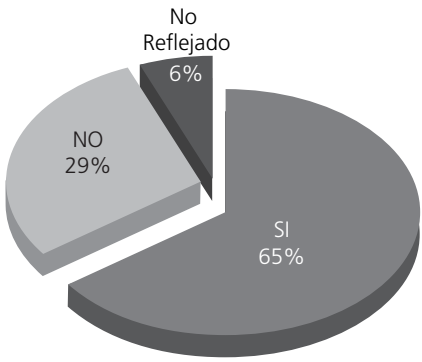


Gráfico 3.3

Residentes que conocen el diagnóstico

— En relación con el Indicador 2, como puede apreciarse en el gráfico adjunto, en el 71% de la muestra se registró en su plan de atención individualizado algún deseo o valor en relación a los cuidados que deseaba recibir al final de su vida. Dentro del 29% en el que no se registraron estos deseos y valores, cabe destacar que la mitad no tenía interés en manifestarlo ni en hablar de ello.

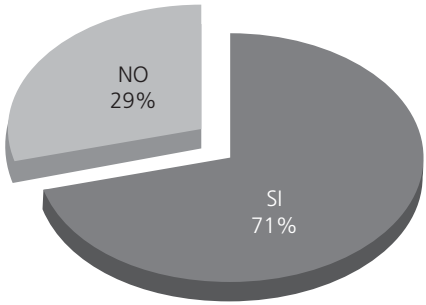


Gráfico 3.4

Residentes con deseos/valores registrados

INDICADOR 3: NÚMERO DE PERSONAS MAYORES QUE TIENEN IDENTIFICADA A LA PERSONA DE REFERENCIA Y APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES PARA LA SITUACIÓN FINAL DE VIDA

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

INDICADOR 4: NÚMERO DE PERSONAS DE REFERENCIA ELEGIDAS, QUE EJERCEN COMO TAL EN LA TOMA DE DECISIONES EN LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

Objetivos específicos para los indicadores 3 y 4:

— Determinar una persona referente que acompañe y ayude en la toma de decisiones.
— Potenciar la relación del residente, familia y profesionales para el acompañamiento de los cuidados al final de la vida, respetando los deseos y valores de la persona mayor.

Acciones realizadas:

— Entrevista con la persona mayor para explicarle la figura de la persona referente, y lo que representa. Se registra en día y contenido de dicha entrevista en la historia.
— Entrevista con la persona de referencia para explicarle la importancia de su papel, y la situación de la persona mayor, sus deseos y valores, siempre que ésta desea que se le informe.

Resultados:

— En relación con el Indicador 3, el 59% de la muestra tenía identificada una persona de referencia y apoyo en la toma de decisiones para la situación de final de la vida, frente al 35% que no la tenía. En el 6% restante, se estaba en proceso de identificación de la PR cuando el estudio finalizó.

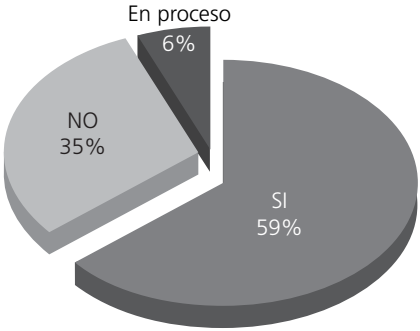


Gráfico 3.5
Residentes con persona de referencia para cuidados al final de la vida

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Por otra parte, en relación con el indicador 4, menos en un caso, todas la personas de referencia actuaron, cuando hubo ocasión, respetando los deseos de su familiar.

INDICADOR 5: NÚMERO DE PERSONAS MAYORES CON VALORACIÓN DEL DOLOR MEDIANTE UN INSTRUMENTO OBJETIVO

Objetivos específicos:

— Sistematizar el registro y abordaje del tratamiento del dolor en las personas al final de la vida.

Acciones realizadas:

— Selección de dos escalas: Escala Visual Analógica y AbbeyPainScale, esta última a utilizar en pacientes con deterioro cognitivo.
— Se realiza valoración mediante la escala correspondiente en todos los pacientes de la muestra.
— Se ha sistematizado en la Fundación Aspaldiko el uso de estas escalas de evaluación del dolor. En IgurcoOrue, el uso de este indicador estaba generalizado y es accesible a todo el personal de atención directa.

Resultados:

— Se realizó una valoración del dolor mediante estas escalas en el 100 % de la muestra detectándose este en el 41%, como se aprecia en el gráfico 3.6.

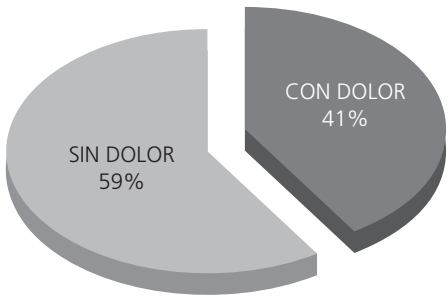


Gráfico 3.6

Valoración del dolor al final de la vida

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

3.4. **Valoración**

La asunción de compromisos y la implementación de los indicadores ha sido valorada por los agentes que han intervenido como altamente positiva. Los aspectos más destacados en la encuesta de evaluación realizada han sido:

- Tras la realización de estas intervenciones, las organizaciónes consideran importante recoger de forma sistemática (sistemas de gestión) esta información de los indicadores, como proceso estable en la atención.
- La recogida de la historia de valores en la historia general de los residentes, promueve el aprendizaje de los profesionales, facilitando una atención más personalizada.
- Las personas mayores y sus familias adquieren compromiso y corresponsabilidad en las decisiones que atañen a sus cuidados.
- Es de destacar en la población estudiada, el alto grado de conocimiento del diagnóstico de la enfermedad.
- La corta expectativa de vida de las personas que ingresan con perfil de «Cuidados al final de la vida» en el ámbito sociosanitario, conlleva una dificultad añadida en el manejo de estos indicadores. A pesar de ello, se consiguieron identificar deseos y valores en la gran mayoría de los pacientes y se pudieron registrar en el plan de cuidados.
- La inclusión sistemática de escalas de evaluación del dolor en pacientes al final de su vida, nos ha permitido detectarlo en un porcentaje elevado de personas, facilitando así el control de este síntoma que genera tanto malestar.
- Este trabajo ha incrementado la sensibilización de los profesionales que han intervenido, y se observa en ellas mayor tolerancia y flexibilidad en el trato con el mayor, por lo que se ha propuesto la inclusión de estos indicadores en el formulario de ingreso.
- Finalmente, este proyecto ayuda a interiorizar y estandarizar los valores de la autonomía y la atención integral personalizada al final de la vida en los procedimientos de trabajo, de modo personalizado en los cuatro centros implicados en el proyecto.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

4. Valoración y conclusiones generales del proyecto de elaboración del código ético y su implantación en cuatro centros residenciales

Un grupo deliberativo plural en el que están representados todos los agentes y afectados

— La primera valoración a realizar es sobre la configuración del grupo de trabajo que ha llevado adelante este proyecto de investigación. Su heterogeneidad y diversidad ha posibilitado realizar un código ético en el que intervienen y asumen responsabilidades todos los actores de la relación asistencial. Ello ha generado un auténtico proceso de deliberación que consideramos de gran valor pues han estado representados todos los agentes que pueden ser afectados por la implementación de dicho código en un centro residencial de personas mayores. En dicho grupo han participado: personas mayores usuarias de centros residenciales, familiares de las mismas, profesionales de atención directa de centros privados, concertados y públicos, responsables de gestión de dichos centros, trabajadoras sociales de base, profesionales y responsables forales de la gestión de los procesos de adjudicación de plazas residenciales, y, por último, personas del ámbito académico dedicadas a la reflexión ética.

Un documento-instrumento innovador

— La no existencia de ningún documento realizado como Código Ético «especializado» en el ámbito sociosanitario de las personas

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

mayores, en todo el Estado, hace que podamos considerar considerar este trabajo como un documento innovador que nos abre a su vez nuevas e innovadoras posibilidades de trabajo en los procesos asistenciales de este ámbito de trabajo. Supone también innovación la división del Código en valores y el establecimiento de las acciones/compromisos que en relación a esos valores tienen que llevar a cabo cada uno de los agentes que intervienen en el cuidado de las personas mayores, lo que permite avances claros en cada uno de esos agentes.

Un instrumento aplicable que logra consensos en aspectos muy problemáticos de la atención a las personas mayores

— La implementación de algunos de los aspectos del código en cuatro centros, con el objetivo de revisar y avanzar en la mejora del respeto a la autonomía de las personas mayores (en dos de ellos), y de la mejora de la atención al final de la vida (en otros dos) ha logrado un consenso de compromisos entre los diversos actores implicados (en torno a 100) en dicha atención; administraciones públicas y entidades privadas con y sin ánimo de lucro, profesionales multidisciplinares (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, educadores, personal de atención directa, responsables como de gestión, psicólogos…) de servicios sanitarios y sociales tanto públicos privados, familiares y personas mayores que reciben dicha atención y personas implicadas en la reflexión y la formación académica en geriatría y gerontología. El proceso de implementación realizado ha incluido la formación de 65 profesionales en aspectos significativos de la ética asistencial, como son el respeto y la capacitación para la autonomía de los mayores y la mejora de la atención integral personalizada en su morir.

Un instrumento para compartir con las diversas entidades que trabajan en la asistencia a personas mayores

— También valoramos muy positivamente la aplicabilidad del proceso a otras entidades. Se ha determinado y puesto en marcha un proceso de difusión e implantación desde Zahartzaroa a todos los centros de atención a personas mayores de la Comunidad Autó-

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

noma del País Vasco. Su conocimiento e implantación puede generar beneficios a diversos grupos de personas.

- Personas mayores, ya que se trata de un intento de protección de sus derechos, sobre todo los de aquellas que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad.
- Familiares de las personas mayores en cuanto que su aplicación redundará en la mejora de la calidad de vida de dichas personas mayores.
- Profesionales de estas entidades que tendrán en este código un apoyo para sus intervenciones.
- Personas voluntarias que colaboran en dichas entidades.
- La sociedad en general, como desarrollo de un objetivo de mejora de la calidad de vida de la ciudadanía.

Una aportación para avanzar en la protección de los derechos de las personas mayores residencializadas

— En el caso de las organizaciones, el Código se convierte en un elemento que permite la visualización de los derechos de las personas mayores y establece las bases del camino del cuidado orientado hacia la Atención Centrada en la Persona.
— En cuanto a las personas de la organización, el Código que los profesionales, al conocer en mayor grado las necesidades de las personas, y sus deseos y preferencias, puedan actuar de manera más responsable en relación al desarrollo de unos cuidados orientados a la calidad de vida de las personas.
— Con respecto a los familiares y allegados, el Código logra que éstos sean más conscientes de los derechos que sus familiares poseen, y facilita la comprensión de que tienen un papel de representación y no de sustitución en el cuidado de su familiar.
— Por último, en cuanto a la Administración Pública, el Código se convierte en una herramienta que puede ser asumida por ésta como elemento que acerque a las organizaciones hacia la calidad de vida de las personas mayores cuidadas en los centros sociosanitarios y, a su vez, establece responsabilidades de la Administración Pública hacia dichas personas.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Anexo
Kode etikoa: adineko pertsonentzako arreta soziosanitarioa hobetzeko tresna

1. **Zahartzaroa-ren kode etikoa. helburuak, irismena eta egitura**

Dokumentu honek, egoitza zentroetako edo alojamendu iraunkorretako adineko pertsonen arretarako Zahartzaroa-ren kode etikoa proposatzen du. Bertan biltzen dira, batetik, sustatu eta errespetatu beharreko balioak eta bestetik, balio horien zehazpena diren eta adineko pertsonen arretan inplikaturiko agente guztiei proposatzen zaizkien arau eta konpromiso etikoak (Couceiro, 2001). Aipatutako konpromisoek, persona nagusien eskubide eta beharrizanak gizatasunez tratatuak izatea dute helburu, hau da, edozein gizabanakoari balioa ematen dion eta errespetuz eta kontsiderazioz tratatua izatea exijitzen duen duintasuna errespetatuz.

Aurkezten dugun kodeak, ez du zehazten zein balio, printzipio edo arau diren garrantzitsuagoak edo zeintzuek daukaten lehentasuna besteekiko, hauek gatazkan sartzen direnean. Bere helburua, ondo jarduteko eta esku hartzeko, gestio eta jarduera profesional zein politikoan bikaintasunez jokatzeko argumentu eta arrazoiak eskaintzea da. Parte hartzen duten pertsonek, balioen gatazka dagoenean, erabakietatik zuhurrena hartu beharko dute, eztabaidatzen saiatuz, erabaki hauek ahalik eta hoberenak izan daitezen. Gehienez ere, uste dugu, hartzen diren erabakiak sendoak eta koherenteak izan beharko direla kode honekin.

Kode etiko hau, persona nagusien bizi kalitatea mantentzeko edo hobetzeko lanean edo nolabaiteko erantzukizuna duten persona guztiei zuzenduta dago, beraien erantzukizun gradua, jardute esparrua edo adineko pertsonarekiko duten posizioa alde batera utzita. Bere egitura,

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

honen ondorio da: lehendabizi funtsezkotzat hartu diren balioak batzen dira, beraien edukia definituz. Jarraian, horiekin koherentzian, arau etikoak garatzen dira, hauek, adineko pertsonaren ongizatean eta errespetuan inplikaturiko sei aktore motek bete beharreko jokabide bezala ulertuz. Proposamen honekin aktore hauek lotu nahi dira:

— *Erakunde*, entitate eta enpresak, zeintzuek beraien buruzagi eta zuzendarien erantzukizunetik abiatuz, adineko pertsonen zaintza eta arreta soziosanitariorako zerbitzu eta programen eraketan eta sustapenean jarduten duten.
— Adineko pertsonaren beharrizanen ikerkuntzan, promozioan eta arretan inplikaturik dauden *profesionalak*. Bereziki, osasun arloan eta zerbitzu sozialen arloan espezializatutako arloetan.
— Beraien harreman, konpromiso edo erantzukizunarengatik adineko pertsonen ongizatean eta bizi kalitatean inplikaturik dauden eta adineko pertsonaren nortasunaren mantenua eta bere parte-hartze sozialerako beharrezkoak diren laguntza pertsonal eta sozialak esanguratsuki zehazten dituzten *familia eta hurbileko pertsonak*.
— *Administrazio publikoak*, zeintzuek hurrengo erantzukizunak dituzten: Pertsonen eskubideen babesa zihurtatzen dituzten arudi markoen eraketa, Jardute lerroen plangintza, baliabide nahikoren hornikuntza eta adineko pertsonen osasun arreta eta arreta sozialaren gainbegiraketa.
Gizarte zibila, elkartze mugimendu eta ordezkari politikoetatik hasita gizarte orokorrera arte.
— Azkenik, *adineko pertsonak beraiek*, zeintzuk, ordezkarien bidez edo subjektu aktibo bezala eragiten dieten erabakietan parte hartuz, beraien ongizatearen erantzuleak diren.

Azkenik, adierazi nahi dugu, Zahartzaroa-k kode hau geriatria eta gerontologia arloko hausnarketa etikorako tresna bezala ulertzen duela, eta ez, helburu bezala. Ez du jardute moduak hobetzeko helburua soilik, batez ere, adineko pertsonekiko errespetu eta konpromisodun jarrerak aldatu edo finkatu nahi ditu. Kodeak, arazoak sortzen direnean erabakiak hartzeko eta jarrerak gidatzeko balio, printzipio eta arau multzoa eskaintzen du; baina, ez da pertsonak egoera guztietan nola jardun behar duen agintzen duen arau multzoa. Beraz, bere asmoa, entitate eta profesionalen prozedura, irizpide eta jarduerak epaitzetik oso urrun dago. Areago, izaera ireki eta dinamikoa izatea eta adineko pertsonen ongizatearekin eta hauen beharrizan pertsonal eta sozialekin konprometituak dauden persona guztien esperientziaz aberastua izatea espero dugu.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

2. **Proposatutako balioak**

Adineko Pertsonak eskubidedun subjektutzat ezagutzen dituztenak

— *Adinekoaren duintasuna eta balioa:* Adineko pertsonak, beste edozein pertsonak moduan, bere balioa du beregan, bera izateagatik, eta ezin da beste helburu batzuk lortzeko medio modura erabili.
— *Justizia*: Tratu eta bizitza kalitatea hobetzeko beharrezkoak diren baliabideak lortzeko aukera berdintasun moduan ulertuta, non pertsonen arteko duintasunaren berdintasunetik at dauden egoerak saihesten diren. Horrela ulertuta, justiziak ezinbestekoak ditu.

  • Baliabideen bidezko banaketa, beharrizanen berdintasunean oinarrituz.
  • Dauden herri-ondasunak eskuratzeko aukera berdinak izateko baldintza eman daitezen, testuinguru kondizioen eraketa, legegileak barne.

— *Inklusioa*: Beraien herritar eskubideak erabiliz, pertsonak simetria egoeran entzunak izan daitezen eta erabaki pertsonalak hartzean aktiboki eragin dezaketen egoera.
— *Autonomia*: Norberaren irizpide eta oinarrietatik abiatuz, norbere burua arautzeko eta norbere erabakiak hartzeko gaitasuna, bakoitzaren bizitza antolatuz eta erantzukizunez jokatuz. Nahiz eta eragina izan dezakeen, uste dugu, erabakiak hartzeko autonomia edo autodeterminazioa ez dela etorri behar autonomia funtzional edo independentziarekin, azken hori, norberak hartutako erabakiak nork bere kabuz burutzeko gaitasun bezala ulertzen delarik (CEA comarca interior, 2011) (Fundació Victor Grifols y Lucas, 2009).
— *Pribatutasuna*: Segurtasun pertsonalaren eta konfiantzaren dimentsio intimoaren errespetua, zeinetara soilik persona beraren baimenarekin eta bere onurarako sar daitekeen (Barrioy Simón, 2006).

Beraien beharrizanen arreta egokia bermatzen dituztenak

— *Arreta pertsonalizatu integrala:* Adineko persona bakoitza bakarra eta ezberdin moduan ulertzen den, eta bere beharren arreta era global eta ezberdin batean antolatzen dituen esku-hartze

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

eredua, bakoitzaren ezaugarri pertsonalak, balioak eta lehentasunak aintzat hartuz.

— *Trebakuntza Profesionala:* Adineko pertsonei arreta, zainketa edo/eta asistentzia bikaina eskaintzeko beharrezkoak diren ezagupenen, trebetasunen, gaitasunen eta jarreren multzoa.
— *Kalitatea*: Bezeroen eta erakundeen ongizatea eta, asebetetzea lortzen duen gestio eredu neurgarri eta errepikakorra. Honek, arretaren kalitatea, kudeaketaren kalitatea eta itxarondako onuren eraginkortasunaren ebaluazioa barne hartzen ditu.
— *Konpromisoa:* Adineko pertsonarekin eskaera, ongizatea sortzen duten ekintzen promozioan eta gauzatzean arreta jartzen duen eginkizuna.

Ongizatearentzako beharrezkoak diren gizatasun erlazioak posible egiten dituztenak

— *Konfiantza*: Duten gaitasunari, sinesgarritasunari eta iritzi onari jarraiki, norbaitek norbaitengan edo zerbaitetan duen itxaropen sendoa, zeinek egoera arriskutsu eta zailetan segurtasuna sortzen duen.
— *Elkarlana*: Ororen ongia lortzeko inplikazioa, eskuzabaltasunez ezagupenak eta lanak gehituz, adineko pertsonaren bizi kalitatearen hobekuntza dakarten esku hartzeen garapena erraztuz.

3. **Arauak eta konpromiso etikoak**

Adineko pertsonen ongizatea bereziki bi dimentsioen menpe dago: alde batetik, beraien buruarekin, balioekin, historia biografikoarekin eta proiektuarekin ados egotea eta bestetik, beraien inguruko pertsona adierazgarriekin dituzten harremanekin.

Partekaturiko asistentziazko espazio batean bizi den adineko pertsona batentzat, leku edo erakundearen antolakuntzak eta egiturak berak, lehen aipatutako bi aspektuetan eragin erabakigarria dauka. Modu berean, zeharka eragiten die bereziki, administrazio publikoen bidez ordezkatuta dagoen gizarteak ere, zeinetan herritar gisa, eskubidedun subjektu bezala, bizi daitezkeen. Planteamendu honetatik abiatuz, aproposa iruditu zaigu, kode honetan proposaturiko konpromiso etikoak, adineko pertsonen bizitzako aktore nagusiei zuzenduta egotea: beraien bizilekuko erakundeei, beraien ongizatea bultzatzen eta oinarrizko beharrizanak tratatzen dituzten profesionalei, beraien bizitza-

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

ren parte garrantzitsu diren familia, lagun eta hurbileko pertsonak eta beraien eskubideen erantzuleak diren administrazio publikoak. Jakina, ezin dugu ahaztu, adineko pertsona bera, zein bere askatasunaren eta bere bizi kalitatearen erantzukizunaren protagonista nagusia den.

Jarraian, eta proposatutako balioak jarraituz, aktore bakoitzak izan behar dituen portaerak biltzen dira, balio horiek adineko pertsonen bizitzan ager daitezen.

Adineko pertsona eskubidedun subjektu bezala ezagutzeko

Duintasuna

Erakundeek adineko pertsonen eskubideak ezarri, ezagutzera eman eta zainduko dituzte, hauek beraien bizitzaren amaiera arte zaintzeko eta edozein motatako duintasun gutxiko tratuen edo tratu txarren detekzio eta saihespenerako beharrezko giza baliabideak eta baliabide teknikoak erabiliko dituzte (Barbero, 2003).

— Erakundean inplikaturik dauden pertsona guztien arteko parte-hartze eta elkarrizketarako guneak sustatuko dituzte, adineko pertsonengan arreta berezia jarriz.
— Gutxienez urtean baten berrikuspenak proposatuko dituzte, egoera berrietan edo salbuespeneko egoeretan edo larrialdi egoeretan, pertsonen babeserako aldaketa estruktural edo gestio aldaketak emango dira, dauden arriskuak minimizatuz.

Profesionalek adineko pertsona bakoitzari zainketa eta egoera fisiko eta emozional onenak eskainiko dizkiete arreta pertsonalizatu eta eguneratu (gutxienez urtean behin) baten bidez. Plan honek beraien eskubide guztiak bermatuko ditu, bereziki, kalteberatasun eta babesgabetasun momentuetan, egoera hauekin bat datorren eran jokatuz eta beste batzuengatik kaltetuak izan daitezen saihestuz (Gracia y Júdez, 2004).

— Adineko pertsonaren identitatea errespetatuko duten eta bere ongizatea eta gogobetetzea bultzatuko dituzten prozedura edo esku-hartzeak proposatuko dituzte alderaketa, bortxaketa eta manipulazioak ekidinez eta beraien berezko duintasunaren gutxiestea eragingo duten ingurune eta hizkerak saihestuz (Barrio Cantalejo y Simón Lorda, 2006).
— Adineko pertsonengan, norberaren eta gainontzekoen estimua bultzatuko dituzte erlazio moduak eta irudi pertsonala zainduz, bereziki narriadura aurreratua daukaten pertsonengan (Berrocal Lanzarot, 2004) (Simón y Couceiro, 1995).

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Familiak eta hurbileko pertsonek adineko pertsonaren beharrizan guztien arretarako zainketa egokiak emango edo exijituko dituzte, beharrizan afektiboetan, harremanekin lotutako beharrizanetan eta osasun zein heriotza prozesuetan beharrezkoak diren zaintza integraletan arreta berezia jarriz eta bereziki eskatuz (Barbero, 2003).

— Ez dute adineko pertsona bestelako interesak lortzeko medio bezala erabiliko, eta beste inork erabiltzea saihestuko dute.
— Adineko pertsonarengan detektatzen dituzten tratu desegokiko, diskriminazioko edo tratu txarreko egoerak saihestu eta salatuko dituzte eta egoera horiek sortu ahal izan duten sufrimendua tratatuko dute.
— Adineko pertsona ezgaiak behar duen arretari buruzko erabakietan ordezkari moduan hartuko dute parte, profesionalen balorazioei buruzko informazio osoa eta nahikoa bilatuz eta pertsonarentzat ezinbestekoak ez diren arrisku edo deserosotasunak saihestuz.

Administrazio publikoek, zentro eta erakundeei, zerbitzuen erabiltzaileen eta beraien familien eskubide eta bete behar eskutitzen elaborazioa exijituko diete.

— Adineko pertsonek baliabide eta zerbitzuekiko duten asebetetze maila ebaluatuko dute.
— Autonomia mugatua edo gaitasun murriztuak dituzten adineko pertsonen propietate eta baliabide ekonomikoen gestiorako prozedurak kontrolatuko dituzte.
— Pertsona ezgaien tratu on baterako proposamen eta gidak landuko dituzte.
— Adineko pertsona kaltetuen arrisku egoerak saihesteko familia eta zaintzaileei laguntasun eta gaikuntza programak eskainiko dizkiete.
— Behar izanez gero, arau moralen bidez, pertsonen eskubideen errespetua bermatuko duten justiziarako eta parte-hartze berdintasunerako egoerak sortuko dituzte.
— Adineko pertsonen pertzepzio soziala hobetuko duten ekintzak bultzatuko dituzte, gutxiestea suposatzen duten hizkera eta irudiak saihestuz, duintasun gabeko tratu edo tratu txarreko egoerak kontrolatu eta jazarriko dituzte.

Adineko pertsonek beti, beste adineko pertsonekin tratu egoki eta errespetuzkoa erakutsiko dute.

— Gutxieneko iritzia duten adineko pertsonen baztertzea ekidingo dute, beraien iritziak aurkezten utziz, beraien erabakiak errespe-

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

tatuz eta berdintasun irizpideekin pertsona egoiliar guztien beharrizan pertsonalen asetzea bilatuz.

— Profesional eta erakundeekiko konfiantzatik abiatuz, ezagutzera emango dituzte beraien identitatearen elementuak, irizpideak eta balio pertsonalak zeintzuetatik abiatuz, beraien eskubideak kudeatu beharko diren norberak kudeatzeko gaitasuna galtzen denean.

JUSTIZIA INKLUSIBOA

Erakundeek eta bertako agintariek, edozein arrazoirengatik (laguntza edo errekurtso gehiagoren beharra, eragozpenen sorrera, arreta gehiagoren beharra, adina, mendekotasun maila etab.) edozein adineko pertsonaren diskriminazioa eragotziko dute, beraien gestio planetan, pribilegiozko edozein egoera saihestuz eta pertsona guztiak prestazio desberdinak berdintasun egoeran eskuratzea ahalbidetuko dituzten laguntzen, inguruneen eta testuinguruen hornidura jasoz.

— Asistentziazko baliabideak gardentasunez, zintzotasunez eta eraginkortasunez gestionatuko dituzte, persona erabiltzaileentzat eta/edo administrazio publikoarentzat ezinbestekoak ez diren kostuak edo kostu neurrigabeak saihestuz (CEIS de Bizkaia, 2008).

Profesionalek, adineko pertsonekin, inolako arrazoirik gabe izandako edozein tratu iraingarri, diskriminaziozko tratu, edo gutxiespenezko tratu saihestu, zuzendu eta eragotziko dituzte.

— Pertsona guztiak beraien beharrizanen arabera, modu ezberdinean tratatuko dituzte, pribilegio edo faboritismoak saihestuz eta arriskuei, lehentasunari edo urgentziari jarraiki, arreta irizpideak ezarriz.

— Adineko pertsona guztiei, gizartean sartzea, parte-hartzea eta errespetatuak izatea erraztuko diete, modu pertsonalizatu batean beharrezko laguntzak eskainiz.

Familiak eta hurbileko pertsonek adineko pertsonaren baliabideak kudeatuko dituzte, bere balioak eta eguneko zein etorkizuneko beharrizanak aintzat hartuz eta posible den guztietan honen parte-hartze egokia bilatuz.

— Adineko pertsonen baztertze, marjinazio edo isolatze sozial eta/edo familiarra eta desberdintza sortzen duten egoerak saihesteko laguntza eta baliabideen bilaketan inplikatuko dira (CEIS de Bizkaia, 2008).

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Administrazio publikoek osasun eta zerbitzu sozialetako baliabideetara heltzeko irizpide eta baldintza argi eta paritarioak ezarriko dituzte eta herritar guztiak jakinaren gainean jarriko dituzte.

— Baztertze edo babesgabetasun egoeran dauden adineko pertsonentzako arreta programen garapena bultzatuko dute.
— Adineko pertsona guztien, leku publikoen eskuragarritasun unibertsala bultzatuko dute, adineko pertsona talde konkretuen (pertsona etorkinen, baztertze sozialaren arriskuan daudenen…) baztertze egoerak saihestuz eta jazarriz.

Adineko pertsonek beste adineko pertsonekiko tratu desegoki edo baztergarriak saihestuko dituzte eta eskuzabalki kolaboratuko dute arreta espezializatuago bat (adibidez zainketa aringarriak), intentsitate handiagokoa edo dedikazio gehiagokoa eskatzen duten adineko beste pertsonen arretan, sufrimenduzko edo babesgabetasunezko egoera larriak saihestuz (Barrio Cantalejo y Simón Lorda, 2006) (Gracia y Júdez, 2004).

— Tratuan edo baliabide edo prestazioen esleipenean edozein desberdintza egoeraren aurrean, salatu egingo dituzte eta/edo arduradunak jakinaren gainean jarriko dituzte.
— Eskaintzen zaizkien baliabide, zerbitzu eta instalazioen erabilera arduratsua egingo dute.

Autonomia

Erakundeek, adineko pertsonek beraien zainketa eta asistentzia planetan protagonismoa eta parte-hartzea edukitzea lehentasuntzat daukaten prozedura eta arreta ereduak ezarriko dituzte, adineko pertsonen balio, desira, gustu eta zaletasunak batu eta eskuragarri jarriko dituzten tresnak barnean sartuz.

— Baliabide informatzaileak eta giza baliabideak erabiliz, pertsona orok, aldez aurretik, bere kabuz baliatzeko gai ez denerako ordezkari bat izendatzea erraztuko dute eta nahi izanez gero, baita Aurretiazko Borondateen Dokumentuaren elaborazioa ere (Barbero, Romeo Casabona, y otros, 2001) (Couceiro, 2001).
— Arretaren momentu ezberdinetan eta bai zainketa planaren eraketan, ingurune eroso eta konfiantzazkoak sustatuko dituzte, eta baita laguntzaile/familia/lagun diren pertsonen partaidetza sustatu ere, modu horretan, adineko pertsonak berari dagozkion erabakietan duen partaidetza hobetuz.
— Eskuragarri jarriko dituzte parte-hartze, kexa eta iradokizun sistema errazak eta hauen erabilerarako laguntza eskainiko dute.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

— Profesional bakoitzaren ezagutza eta aintzatespena bultzatuko dute, bereziki profesional arduradunarena eta momento bakoitzean zuzentzeko erreferentziazkoa den profesionalarena.

Profesionalak, adineko pertsonarekin erlazionatuko dira bereziki aurrera eraman beharreko plan eta jarduerak ezartzeko, hauetan parte-hartzera gonbidatuz eta beste edozein pertsonak, bere baimenik gabe eta bere erabakiak hartzeko pertsona autonomoa izanik, berari dagozkion erabakietan ordezkatzea ekidinez.

— Aukera eta erabakietan adineko pertsonen autodeterminazioa erraztu eta bultzatuko dute, beraiekin zerikusia duten prozesu eta jarduerei buruzko informazioa eta ulermena erraztuz, sinpleenetatik hasita (garbitasuna, medikazioa) konplexuenetara, hauen onurak, arriskuak eta beraien eguneroko bizitzan dituzten eraginak uler ditzaten (Galán Cortés, 1997).
— Beraien ekintzetan, adineko pertsonaren balio, sinesmen eta erabaki autonomoak errespetatuko dituzte eta beraien beharrizanak, nahiak eta beraiek edo beraien familiako, senideetako edo ordezkari legaletako batek adierazitako lehentasunak kontutan izango dituzte arreta eta zainketa jardueretan (aspektu fisikoa, gelaren estiloa, janari gustokoak...) eta bere bizitzaren amaierako erabaki klinikoetan (Barbero, Casanova y otros, 2001) (Gómez Rubí, 2001).
— Adineko pertsonek beraien nahi eta interesak adieraz ditzaten jarrera eta espazioak bultzatzeko, trebetasun pertsonal eta profesionalak (entzutea, enpatia, pazientzia...) landu eta erabiliko dira.

Familiak eta hurbileko pertsonak, adineko pertsonak beraien zainketaren planifikazioan eta beraien bizitzari buruzko erabakietan kontutan hartuak izan daitezela zainduko dute eta hauen parte hartzea bultzatuko dute beraien esku dagoen guztietan (Fundació Victor Grifols y Lucas, 2009).

— Zerbitzuak eskaintzen dituzten profesional eta erakundeei adineko pertsonaren historia, balio, gustu eta izaerari buruzko informazioa eskainiko diete. Honen helburua, informazioa dokumentazioan biltzea da, adineko pertsonaren arretan erabiliz bere identitatea gal ez dezan.
— Adineko pertsona ordezkatzen duten kasuetan, erabakiak, honen balioak kontutan izanda hartuko dituzte eta balio horiek asistentziazko esparruetan errespetatuak izan daitezela eskatuko dute.
— Adineko pertsonaren gehiegizko babesa eta paternalismoa saihestuko dute, erabakiak hartzeko prozesuetan, parte hartzeko beharrezkoak dituen laguntza eta baliabideak eskainiz.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

— Ordezkatzen duten pertsonarekin zerikusia duten prozesu eta jarduerei buruzko informazio osoa eskatuko dute eta baita onura eta arriskuei buruzkoa ere. Honela, beraien «ordezkatzeagatiko baimena» erantzukizun osoz ematea edo ez erabakiko dute.

Administrazio publikoek, erakunde eta profesionalek adineko pertsonekin burututako edozein motatako jardueretan izandako informazio eta baimen prozesuak exijitu eta ebaluatuko dituzte, bereziki, ingresoarekin eta bizitzaren amaieran tratamenduak erabiltzearekin edo kentzearekin zerikusia dutenetan (Barrio Cantalejo y Simón Lorda, 2006).

— Adineko pertsonen gaitasunen balorazioa burutzeko giden, informatutako baimen dokumentuen eta aurretiko arauen eraketa bultzatuko dute, trebakuntzarako baliabideak ezarriz eta zentroen artean asistentziazko etikako lan taldeen eraketa sustatuz.
— Eskubideren bat urratua izateko egoeran dauden adineko pertsonen jardute gaitasun legalaren aldatzea ahalbidetzeko prozesu zaluen existentzia bermatuko dute.

Adineko pertsonek, profesional eta erakundeei, asistentziarekin zerikusia duten erabakietan kontutan hartzea nahi dituzten aspektuei buruzko informazioa emango diete eta beraien erabaki autonomoek dakartzaten ondorioak onartuko dituzte.

Pribatutasuna

Erakundeek, adineko pertsonen jarduera intimoak, esaterako, bainua, ebakuazioa eta sexualitatea gainerakoen bistatik babestuko dituzten leku fisikoak sustatuko dituzte eta baita adineko pertsonen bizitzaren gestio intimoaren edozein inposaketa saihestuko duten eta pribatutasuna errespetatuko dituzten arreta ereduak ere (Berrocal Lanzarot, 2004).

— Informazio guztia, edozein euskarritan (papera, bisuala eta digitala) modu egokian zainduko dute baimenik gabeko pertsonen sarrera saihestuz eta adineko pertsonaren konfidentzialtasuna errespetatzeko protokolo edo prozedurak eta salbuespen egoeretarako baimen ereduak ezarriko dituzte (Fundación Ciencias de la Salud, 2005) (Galán Cortés, 2001).
— Pribatutasuna ziurtatuko dute espazio aproposak sortuz, bereziki, adineko pertsonarentzat eta bere familiarentzat bereziak diren egoeretan, bizitzaren amaieran esaterako.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Profesionalek, pertsona erabiltzaileen esparru pribatura sartuko badira, baimena eskatuko dute edo gutxienez informatu egingo dute eta sartzen direnean, errespetu eta zuhurtasunez arituko dira.

— Jarduera pribatu eta intimoak burutzen diren lekuak, gertukoak ez diren pertsonengandik babestuko dituzte, besteen arduratik at, eta, gorputz zainketak diskretuki eta umiltasunez burutuko dituzte.
— Pertsona erabiltzaileei buruz ezagutzen duten informazio pribatua zainduko dute, benetan beharrezkoa denean bakarrik erabiliz. Kasu horretan, pertsonari edo bere ordezkariari informazioa nola erabiliko den azalduko zaio eta behar izanez gero, kanpoko beste profesional edo agenteekin partekatzeko baimena eskatuko zaio (Fundación Ciencias de la Salud, 2005).

Familiak eta hurbileko pertsonek, adineko pertsonarekin zerikusia duen informazioaren (egiazkoa edo faltsua) eta irudi pertsonalaren erabilera pribatu eta errespetuzkoa egingo dute, pertsona bakoitzaren bitxikeriak onartuz eta bere gabezia edo intimitatea ikusgai jartzen dituzten ezinbestekoak ez diren egoerak saihestuz.

Administrazio publikoek pribatutasuna errespetatzeko jarduera egokiak biltzen dituzten giden eraketa bultzatuko dute eta DBLOa (Datu Babeserako Lege Organikoa) betetzen dela gainbegiratu eta kontrolatuko dute (CEA comarca interior, 2011), (Fundación Ciencias de la Salud, 2005).

— Adineko pertsonen informazio konfidentzial eta pribatua, beraien funtzioa den herritarren eskubideen ziurtatzerako beharrezkoak diren aspektuetan baino ez dute eskatuko eta lortzen dutenean, informazio horren konfidentzialtasuna errespetatzen dela ziurtatuko dute.

Adineko pertsonek eta beraien familiek, borondatez edo borondate gabe ezagutzen dituzten eta irudi pertsonal eta intimitateari eragiten dieten besteen aspektu pribatuen konfidentzialtasuna eta pribatutasuna mantenduko dute.

Beraien beharrizanen arreta egokia bermatzen dituztenak

Arreta pertsonalizatu integrala

Erakundeek, pertsona erabiltzaileen eskura jarriko dituzte adineko pertsonen beharrizan aldakor eta ezberdinak aseko dituen arreta integral eta pertsonalizatu bat emateko beharrezkoak diren giza baliabideak eta baliabide teknikoak (Montalvo-Jaaskelainen *et al.*, 2005).

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

— Adineko pertsonen bizitzaren amaieran, atentzio integraleko programak ezarriko dituzte. Hauek, beharrizan fisiko, emozional, sozial eta espiritualak barnean izango dituzte, familia eta senideen beharrizanak ahaztu gabe (Couceiro Vidal, 1997).

Profesionalek, adineko pertsonaren beharrizanen balorazio osoa egingo dute eta hauek asetzeko plan pertsonalizatu bat ezarriko dute, betiere, bere balio, sinespen, desira, preferentziak eta batez ere, bere bizitza helburuak kontutan hartuta.

— Adineko pertsona bakoitza modu pertsonal, malgueta banakakoan tratatuko dute, beraien identitatearen ezagupena erraztuz eta adineko pertsonaren askatasun pertsonala modu jarrai edo orokortuan mugatzen duten ekintzak saihestuz.
— Adineko pertsona bakoitzari, modu pertsonalizatuan, bizitzaren amaierako zainketaren aldez aurreko planifikazioa ezarriko diote, aspektu fisiko espezifikoetatik hasita (erosotasun zaintza, sintomen kontrola, minaren arreta berezia eta agitazioa, bereziki, narriadura kognitibo larria duten pertsonengan) banakako beharrizan moraletara (bere ordezkariaren zehaztea), ager daitezkeen aspektu emozionalak ahaztu gabe (depresioa, desmoralizazioa, etab.) (Barbero, 2003), (Couceiro, 2001).

Familiak eta hurbileko pertsonek, erraztu egingo dute edo, behintzat, ez dute ekidingo adineko pertsonak, bere bizitza pertsonalaren dimentsio guztietan, esanguratsuak diren jarduerak burutzen eta erlazioak izaten jarraitzen.

Administrazio publikoek defizitaren kontroletik kanpo, adineko pertsonaren identitate eta gaitasunetan oinarrituta dauden arreta ereduak bultzatuko dituzte.

— Beraien arautegiarekin, posible egingo dute esparru ezberdinek (osasun esparrua eta esparru soziala esaterako) partekatutako informazio sistemen eraketa, asistentzia mailen (komunitario eta espezializatua) sorkuntza eta, adineko pertsonei justiziaz dagozkien prestazioei uko egin gabe, arreta integrala ziurtatuko dien profesionalen trebakuntza (Couceiro Vidal, 1997).

Adineko pertsonek, beraien gaitasunek uzten badiete, modu aktibo batean beraien arreta eta/edo asistentzia planen eraketan parte hartuko dute, beraien balioei eta preferentziei buruz berri emanez eta posible zaien aspektuen erantzukizuna hartuz.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

TREBAKUNTZA PROFESIONALA

Erakundeek, beraien langileen harremanetarako prestakuntza eta trebakuntza teknikoak ziurtatuko dituzte, adineko pertsona erabiltzaileei kalitatezko arreta emateko beharrezkoak diren jakintza eta trebetasunen eskuratzea erraztuz eta sustatuz.

— Burututako interbentzioen ebaluazio eta hobekuntzarako adierazleak garatuko dituzte eta aurrerapenak edo jakintza berriak dauden esparruetan, trebatze beharrizanak tratatuko dituzte.
— Interbentzio bakoitzean beharrezkoak diren gaitasun teknikoak eta harreman gaitasunak ez dituzten pertsonak edukitzea saihestuko dute.

Profesionalek, beraien ezagutza profesionalen etengabeko eguneratzea mantenduko dute, eguneratze honetan, burututako interbentzioetarako ebidentzia zientifiko nahikoa duten aspektu teknikoez baliatuz (Simón, y Couceiro, 1995).

— Zerbitzuen eta arretaren hobekuntzarako ikerketa eta berrikuntza prozesuak ezarriz, kolaboratu egingo dute.
— Adineko pertsonarekin erlazio eta komunikazio egoki bat izateko, trebetasunak (hala nola, entzutea, etsaitasunaren gestioa, asertibitatea eta pertsonalizazioa) eta jarrerak (hala nola, enpatia, onarpena eta kongruentzia edo benetakotasuna) garatuko dituzte.
— Emozionalki trebatuko dira bizitzaren amaiera eta dolu prozesuetan laguntza egokia eskaini dezaten (Barrio Cantalejo y Simón Lorda, 2006) (Couceiro, 2001) (Gracia, 1993).

Familia eta hurbileko pertsonek, adineko pertsonaren beharrizanen arretarako dituzten ezagutzak hobetzen saiatuko dira, zaintzaile informalei zuzendutako programen bidez, esaterako, edo profesionalen aholkuak jarraituz.

— Adineko pertsonaren arreta txarra adierazten duten akidura eta gainkarga egoerak saihesten dituzten zainketa pertsonalak ematen saiatuko dira.

Administrazio publikoek, adineko pertsonen arreta zuzena eskaintzen dieten profesionalen akreditazio eta ebaluazio sistemak ezarriko dituzte.

— Argitasunez ezarriko dituzte «karrera» profesionalaren eta arretaren hobekuntza planak.
— Adineko pertsonen arreta soziosanitarioaren ikerketa eta berrikuntza programak diseinatuko dira eta prestazioen kalitatea hobetuko dituzten baliabideak inbertituko dira.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

— Trebakuntza eta profesionalen aukeraketa irizpideetan, gaitasun teknikoak eta harreman gaitasunak zainduko dituzte.

KALITATEA

Erakundeek, erabiltzaileen eta beraien familien asebetetzearen ebaluazioa eta beraien eskubideen errespetua barnean dituzten kontrol eta gestio sistema balioztatuak ezarriko dituzte.

— Objektibitatez adineko pertsona erabiltzaileen bizitza kalitatearen hobekuntza edo hobekuntza eza agerian utziko duten adierazle esanguratsu eta kontrol zehatzen bidez, jarduera asistentzialaren garapena zintzotasunez eta gardentasunez ebaluatzera konprometitzen dira.

Profesionalak, zorrotzak izango dira eta maila teknikoan zein pertsona erabiltzaileen asebetetze mailan, egiaztatutako ezagutzak eta ebidentzietan oinarritutako asistentzia praktika onak garatuko dituzte.

— Pertsona erabiltzaileentzat, ahalik eta onura gehien lortzeko helburuarekin, existitzen diren baliabideak ondo erabili eta optimizatuko dituzte.
— Erakundearen zerbitzu ezberdinetako funtzionamendu arauak beteko dituzte eta hauen berrikuste periodikoan parte hartuko dute, gutxienez urtean behin.
— Interbentzioetan antzeman diren arrisku eta kontraesanak ezagutu eta ezagutzera emango dituzte eta adineko pertsonak sarri arriskuan jar ditzaketen jarduerak protokolizatuko dituzte (Galán Cortés, 1997).

Familiak eta hurbileko pertsonek prestazioen ebaluazio eta hobekuntza prozesuetan interesarekin kolaboratuko dute.

Administrazio publikoek adineko pertsonen prestazioen kalitate eta onura eraginkorra ebaluatzeko adierazle objektiboak ezarriko dituzte eta egoera gatazkatsuen eta arrisku egoeren ezkutatzea ekidingo dute, hauen zuzenketa ahalik eta azkarrena erraztuz.

— Adineko pertsonen prestazioen kalitaterako organo bezala, komite etikoen sorrera bultzatuko dute.

Adineko pertsonek jasotako prestazioak hobetzeko helburuarekin, baliabide aproposak erabiliko dituzte, esaterako, kexa eta iradokizunen sistema, eta prestazioen ebaluazioan kolaboratuko dute horretarako diseinatutako prozesuetan parte hartuz.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

KONPROMISOA

Erakundeek, adineko pertsonaren zainketa kalitatez eta baliabide nahiko eta aproposak erabiliz egiten dela bermatuko dute, bere eskubideak heriotzaarte babestuz eta babesgabetasun egoera edo kalteberatasun egoeran, bere babesean arreta berezia jarrita (Barbero, 2003) (Sánchez Caro y Abellán, 2003).

— Kontratuan adineko pertsonarekin harturiko konpromiso guztiak beteko dituzte, betiere, kontraesan edo legez kontrako egoerak sortzen ez dituztenetan (Barrio Cantalejo y Simón Lorda, 2006).
— Bikaintasuna bilatuko dute, pertsonei momentu oro erakundearen hoberena emanez, modu honetan, egokia eta beraien eskubideekin errespetuzkoa den arreta lortzeko.

Profesionalek, adineko pertsonari eta honen familiari ahalik eta arreta hoberena eskainiko diete, batetik, pertsonen arteko erlazio hurbil eta adierazgarria emanez eta bestetik, adeitasunez, tolerantziaz eta errespetuz jokatuz, batez ere, adineko pertsonaren narriadurak eragindako zailtasun emozionaletan.

— Pertsona bakoitzaren errealitate eta esperientzia ulertzen saiatuko dira eta beraien beharrizanak asetzeko modu egokiena eta pertsonalizatuena bilatuko dute.
— Umiltasun, konfiantza, erabilgarritasun, adeitasun, pazientzia eta tolerantzia bezalako jarrerak bultzatu eta garatuko dituzte.

Familiak eta hurbileko pertsonek, adineko pertsonaren ongizate pertsonal eta soziala lortzeko kondizio egokienak sortuko dituzte, familiaren eta zerbitzuen jarrera eta portaera egokien bidez.

— Ez dute pertsonaren zainketa eta babesean daukaten erantzukizuna profesionalen eta erakundeen eskuetan utziko, arreta planetan modu koordinatuan parte hartuz, bizitzaren amaierako prozesuetan arreta berezia jarriz (Barrio Cantalejo, y Simón Lorda, 2006).
— Adineko pertsonaren ongizatean inplikaturiko agente guztiekin komunikazio eta kontaktua erraztea bilatuko dute, bereziki, pertsona horrek bere gaitasunak mugatuta dituenean.

Administrazio publikoek, beraien programa eta gestio planetan pertsona erabiltzaileen onurari lehentasuna emango diote.

— Adineko pertsonen eta talde konkretu batzuen gutxiegizko arreta egoerak saihesteko, eskuduntzen esleipenean erakundeen arteko koordinazio moduak bilatuko dituzte.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

— Herria adineko pertsonekiko dituen erantzukizunei buruz sentsibilizatuko dute, boluntariotza eta herritar solidaritate programak bultzatuz.
— Adineko pertsonekin erlazionatzeko modu egokiak ezartzeko, gizarte orokorrarentzat trebakuntza programak ezarriko dituzte.

Adineko pertsonak beraien zainketa pertsonalaz erantzukizunez arduratuko dira, arreta planean parte hartuz eta norberaren erabakiek dakartzaten ondorioak onartuz.

— Egoitza zentroetako gainontzeko pertsonekin bizikidetza erraztuko duen errespetuzko erlazioen sistema baten eraketan kolaboratuko dute.

Ongizatearentzako beharrezkoak diren gizatasun erlazioak posible egiten dituztenak

KONFIANTZA ETA ELKARLANA

Erakundeek, adineko pertsonei eta familiei, dituzten zerbitzu eta prestazioak ezagutzera emango dizkiete, arretaz entzunez eta dauden aukerak beraiek espero bezalakoak ez direnean itxaropenak hitzartuz.

— Entitateak dituen balio eta xedeak kide guztien artean ezagutzera emango dituzte eta hauek partekatuak izan ditzatela bilatuko dute.
— Gestioan gardenak izango dira eta adineko pertsonen, beraien familien eta gainerako profesionalen parte hartzea erraztuko dute, horrela, antolakuntza eta asistentzia eredua ezartzeko eta aldatzeko.
— Era jarrai eta periodiko batean aldaketei buruz eta aldaketen arrazoiei buruz berri emango dute.
— Kexa eta eskakizun prozesu bat ezarriko dute, zeinek hobetze prozesu jarrai batean mantenduko dituen bai antolakuntza eta bai profesionalak.

Profesionalek, erabilgarritasuna, erabakietan parte hartzea eta erlazioa hasten denetik arretarako kolaborazioa erakutsi eta eskatuko dute, modu honetan, adineko pertsonaren ongizate handiena lortuz eta pertsona horrekin eta bere familiarekin ulermen giro egokiena lortuz.

— Adineko pertsona iritzi onez entzungo dute, aurreiritziak eta gutxiespenak saihestuz, era arduratsu batean pertsonak adierazitako beharrizanak eta zailtasunak aintzat hartuz.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

— Ez dute, ezagutzen edo partekatzen ez diren helburuak lortzeko, adineko pertsonarekin ezta bere familiarekin iruzurrik, manipulaziorik edo sesgaturik dagoen edo osoa ez den informaziorik erabiliko.
— Adinekoaren estimua eta gaitasunak bultzatzen dituzten erlazioak ezarriko dituzte, pertsonak lor ditzakeen gauzetan arreta jarriz eta ez soilik bere gabezi edo mugetan.
— Legalki gutxienekoak diren betebeharren betetzea helburu duten arreta defentsiboko erlazioak saihestuko dituzte.
— Talde lanean inplikatuko dira adiskidetasunez, adinekoentzako eta/edo kideentzako arriskuak ekar ditzaketen lehia desleialeko erlazioak saihestuz.
— Zintzotasunez beraien muga pertsonalak eta profesionalak onartuko dituzte, erabiltzaileen onurarako laguntza eskatu ahal izateko.

Familiak eta hurbileko pertsonek hartutako konpromisoak onartu eta errespetatuko dituzte, adineko pertsonaren arretan koordinazioa eta akordioa lortzeko.

— Gardentasunez, egiazkotasunez eta errespetuz beraien eta adineko pertsonaren iritziak adieraziko dituzte, profesionalekin batera hartutako erabakietan aurka egiteak eta koordinazio faltak saihestuz.
— Beste egoiliarrek behar dituzten arretarengatik edo emergentzia egoerengatik edo salbuespen egoerengatik beraien beharrizanak asetzeko sortu daitezkeen zailtasunak ulertuko dituzte, eta ahal bada, eskuzabalki lagunduko dute zailtasun horietan.
— Antolakuntzan, planetan, eta adinekoen asistentzia programetan kide aktiboak izango dira eta parte hartzeko esparruak eskatuko dituzte adinekoen eskubideak defendatuz, batez ere, ezinduak dauden adineko pertsonen kasuetan.

Administrazioek, iritzi publikoari aldizka eta gardentasunez eramandako kudeaketari buruzko informazioa luzatuko diote.

— Katalogoak ulergarriak izan daitezen hizkera eta edukiak moldatuko dituzte, eta prestazio publikoen eskuratzea sinplifikatuko dute.
— Adineko biztanleriarekin zerikusia duten politika eta osasun prestazio eta prestazio sozialetan eragina duten erabakiak jakitera emango dituzte eta baita erabaki hauek eusten dituzten argudioak ere.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

— Adineko pertsonek berdintasun egoera batean espazio eta prestazio publikoak eskuratzeko laguntzak erraztu eta oztopoak kenduko dituzte, eta zerbitzu publikoen gestio eta politiken ezarpenerako beraien ekarpenak, bereziki baliogarritzat hartuko dituzte.
— Adineko pertsonak zaintzen dituzten erakunde pribatuen iritzia eta esperientzia kontuan hartuko dituzte politika publikoetan.

Adineko pertsonek profesionalenganako eta erakundeenganako ez dute exijentziazko jarrera izango soilik, laguntza eta errespontsabilitatezko jarrera ere izango dute, ahal den arreta onena lortzeko ulermen egokia bilatuz.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Bibliografía

Alonso Olea, M. y Fanego Castillo, F. (2003): *Comentario a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente*. Ed. Civitas. Madrid.

Barbero, Javier, Romeo Casabona, C y otros (2001): «Limitación del esfuerzo terapéutico». *Med Clínica*, Vol. 117 , pp. 586 y ss.

Barbero, J (2003): *Sufrimiento y Responsabilidad Moral*. En Bayés, R. (2003): *Dolor y Sufrimiento en la Práctica Clínica*. Fundación Medicina y Humanidades Médicas, Barcelona. Pp 151-170.

Barrio Cantalejo, I. y Simón Lorda, P (2006): «Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida del paciente». *Revista Española de Salud Pública* 4, p 303.

Berrocal Lanzarot, A (2004): «La autonomía del individuo en el ámbito sanitario. El deber de información y el consentimiento informado como derechos del paciente en la nueva Ley 41/2002, de 14 de noviembre». *Revista Foro nueva época*, n.0, p. 227.

CEA comarca interior (2011). Autonomía y cuidados paliativos. Recuperado de www.Etikomin.net

CEIS de Bizkaia (2008). Encuesta sobre conflictos éticos en servicios sociales. Recuperado el 29 de abril de www.bizkaia.net.Bilbao

Couceiro, A. (2001): *Ética de los cuidados paliativos*. Ed. Triacastela, Madrid.

Couceiro Vidal, A. (1997): *Problemas éticos de los cuidados paliativos*; en Luis M. Torres (1997): *Medicina del dolor*. Masson. Barcelona.

Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco (2011): «Estudio sobre las condiciones de vida de las personas mayores de 60 años en la Comunidad Autónoma del País Vasco». *Gizartea Hobetuz*, n. 74.

Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco (2013). *Atención integral a las personas mayores al final de la vida. Guía de recomendaciones éticas*. Recuperado de www.euskadi.net/contenidos/evento/elkargune/eselkargun/adjuntos/GUIA%20RECOMENDA-CAST-WEB.pdf

Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (2010): *Registro de la Mortalidad.*

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Etxeberria, X; Goikoetxea, M.J.; Martinez, N. *et al*. (2013). «El enfoque ético del maltrato a personas con discapacidad». *Cuaderno Deusto de Derechos Humanos*, n.º 71.

Etxeberria, X. (2008). «La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual». *Cuadernos Deusto de Derechos Humano,* 48.

Fundación Ciencias de la Salud (2005): *Guías de ética en la práctica médica. Intimidad, confidencialidad y secreto médico*. Recuperado el 15-7-14 de http://www.fcs.es/publicaciones

Fundació Victor Grifols y Lucas (2009): «Autonomía y dependencia en la vejez». *Cuadernos de la Fundació*, n. 16. Barcelona.

Galán Cortés, J. C (1997): *El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios*. Ed. Colex. Madrid, 1997.

Galán Cortés, J. C (2001): *Responsabilidad médica y consentimiento informado*. Ed. Cívitas. Madrid.

Fundació Victor Grifols y Lucas (2009): «Autonomía y dependencia en la vejez». *Cuadernos de la Fundació*, n. 16. Barcelona.

Galán Cortés, J. C (1997): *El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios*. Ed. Colex. Madrid, 1997.

Galán Cortés, J. C (2001): *Responsabilidad médica y consentimiento informado*. Ed. Cívitas. Madrid.

García Férez, José (2003). «Bioética y Personas Mayores». Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n.º4. [Fecha de publicación: 31-03-2003] http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-bioetica-01.pdf

Gracia, D. (2004): *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Ed. Triacastela. Madrid.

Gracia, D. y Júdez, J. (2004): *Ética en la práctica clínica*. Ed. Triacastela. Madrid.

Gracia, D. (1998): «Ética de los confines de la vida». *Estudios de Psicoética*. Vol. 3.

Gracia, D. (2001). «La deliberación moral: el método de la ética clínica». *Medicina clínica*, 117, 18-23.

Goikoetxea, M.J. (2013). «Ética y buen trato a personas mayores. Sociedad y Utopia». *Revista de Ciencias Sociales*, n.º4 1. Junio de 2013 (pp. 424-448).

Goikoetxea, MJ. (2008). «Antropología y ética de la dependencia». *UPV-Lan Harremanak- Revista de relaciones laborales*, num.15, 105-126.

Gómez Rubí, J.A. (2001): *Directivas anticipadas: la última oportunidad para ejercer la autonomía*. JANO. LX:70-1.

Kant, I. (1942): *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Edición Luis Martinez Velasco, Madrid.

Montalvo-Jaaskelainen F. *et al*. (2005): «Incidencia de la ley de autonomía del paciente en la gestión del riesgo sanitario. Nuevas perspectivas legales de la información y la historia». *Rev Calidad Asistencial*, Vol. 20:1009.

Moya Bernal, Antonio (2006). «Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética». Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n.º 55. Lecciones de Gerontología, V [Fecha de publicación: 09/06/2006] http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/moya-reflexiones01.pdf

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

National Comission of the Protection of Human Subjet of Biomedical and Behavioral Research (1978): *The Belmont Report: Ethical Principle an Guidelines for the protection of human subjets of research*. Bethesda, Maryland.

Oraá, J. y Gomez, F. (2000): Textos básicos de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario. Universidad de Deusto, Bilbao.

Sánchez Caro, J. y Abellán, F. (2003): *Derechos y deberes de los pacientes*. Ed. Comares. Madrid.

Simón, P., Couceiro A. (1995): *Decisiones éticas conflictivas en torno al final de la vida: una introducción general y un marco de análisis.* En Urraca, S. Eutanasia hoy: Un debate abierto. Noesis.

Otra bibliografía consultada

Barrio Cantalejo, IM. (1998): «Afrontamiento interdisciplinar de los conflictos éticos en las instituciones sociosanitarias: los comités de ética asistenciales». *Enf. Clínica*; 8: 30-34.

Beauchamp, P., CHILDRESS, J. (1999): *Principios de ética biomédica*. Masson, Barcelona.

Boff, L. (2002): *El cuidado esencial: ética de lo humano, compasión por la tierra*. Trotta, Madrid.

Callahan, D. (1996): *En busca de una muerte tranquila*. Master de Bioética de la Universidad Complutense.

Elkarbanatuz (2007): *Codigo Ético Elkarbanatuz*. Consultado el 29 de abril de 2012 en www.elkarbanatuz.org/mm/file/DOCUMENTOS/CODETICA.pdf

Couceiro, A. (1999): *Bioética para clínicos*. Ed. Triacastela, Madrid.

Gobierno Vasco (2011): *Estudio de Prevalencia de Maltrato en ancianos en la CAPV*.

Gracia, D. (1989): *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Triacastela.

Guillén F. (1995): *Problemas éticos en residencias de ancianos*. En Ribera J.M. (1995): *Problemas éticos en relación con el paciente anciano*. Madrid: Lylli. 181-192.

Greg A., Sachs, M.D. y otros (1995): «Good Care of Dying Patients: The Alternative to Psysician-Assisted Suicide and Euthanasia». *JAGS*, Vol. 43, N.º 5; pp 553-563.

Hasting Center (2004): *Los fines de la medicina*. Cuadernos de la Fundación Victor Grifols y Lucas, n. 11 . Barcelona.

Iceta, M. (1995): *El concepto médico de la futilidad y su aplicación clínica* [tesis doctoral]. Pamplona: Departamento de Bioética, Universidad de Navarra.

Lazaro del Nogal, M. (2000): «Abusos y malos tratos en el anciano, responsabilidad del médico». *An. Med. Interna*; Vol.17, Monográfico 2,37-45.

Martín M.C. (2003): *Voluntades anticipadas*. En: CABRÉ Ll, (2003): *Decisiones terapéuticas al final de la vida*. EdikaMed, Barcelona. P. 41-9.

Merín, T. (1999): «La protección jurídica de las personas mayores». *Revista multidisciplinar de Gerontología*, 9; 42-53

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Martinez, T. (1998): *Vejez dependiente, políticas y calidad de vida*. Papers.:56, pp. 143-161.

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud (1995): *La información y el Consentimiento informado; Principios y pautas de actuación en la relación clínica.*

Ribera Casado J.M. (1995): *Paciente anciana y atención sanitaria. ¿Un paradigma de discriminación?*. En Ribera, J.M. (1995): *Problemas éticos en relación con el paciente anciano*. 19-32. Lylli, Madrid.

Román Malanda, S. (2004): «Minoría de edad y consentimiento médico en la ley 41/2002, de 14 de noviembre (I y II)». *Revista de Actualidad de derecho sanitario*, 102 y 103.

Sánchez Caro, J. y Sánchez Caro, J. (2003): *El consentimiento informado en psiquiatría*. Ed. Díaz Santos. Madrid.

SEMICYUC (2011): *Indicadores de calidad en el enfermo crítico*. Recuperado de www.semicyuc.org

Simón, P. (2000): *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*. Ed. Triacastela, Madrid.

Simón, P. (1997): *La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones y sus problemas*. En Feito, L. (1997): *Estudios de Bioética*. Madrid: Universidad Carlos III y Dykinson, pp 119-154.

Simón, P. y BARRIO, I. (2004): *¿Quién decidirá por mí? Ética de las decisiones clínicas en pacientes incapaces*. Ed. Triacastela, Madrid.

Simón, P. (2000): *El consentimiento informado*. Triacastela, Madrid.

Simón, P., Couceiro, A. (1995): *Decisiones éticas conflictivas en torno al final de la vida: una introducción general y un marco de análisis*. En Urraca, S. (1995): *Eutanasia hoy: Un debate abierto*. Noesis, Madrid.

Silva Sánchez, J. (2003): *Los «documentos de instrucciones previas» de los pacientes (artículo 11.1 Ley 41/2002) en el contexto del debate sobre la (in)disponibilidad de la vida*, en La Ley 2003:4, pp. 1663-1671.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Autoría

Equipo coordinador

El proceso de investigación ha sido guiado por un equipo coordinador compuesto por:

Marije Goikoetxea Iturregi. Psicóloga y Teóloga. Profesora de la Universidad de Deusto. Miembro del comité de ética en Intervención Social de Bizkaia. Consultora en Ética Asistencia.

Lourdes Zurbanobeaskoetxea Laraudogoitia. Médica. Jefa del Servicio de Valoración y Orientación. Departamento de Acción Social. DFB. Presidenta del Comité de Ética en Intervención Social de Bizkaia.

Álvaro Mosquera Lajas. Educador social y psicopedagogo. Responsable del servicio psicológico y social. Fundación Aspaldiko.

Begoña Pablos de Prado. Médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Directora en Médicos de Bizkaia-Bizkaiko Sendagileak.

Grupo de trabajo

El grupo que ha llevado adelante el proyecto ha sido el siguiente:

Lourdes Alzola Aguinaco. Enfermera especialista en Geriatría. Residencia Geriátrica de Txagorritxu de Vitoria. Instituto Foral de Bienestar Social de Álava.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Brígida Argote Martínez de Lagrán. Enfermera especialista en Geriatría, Directora de la Residencia San Roke de LLodio, Instituto Foral de Bienestar Social de Álava. Miembro del Comité de Ética de Intervención Social de Álava.
Iñaki Artaza Artabe. Médico especialista en Geriatría. Director Asistencial del Grupo Igurco Servicios Sociosanitarios. Presidente de Zahartzaroa.
Juana Aza Gutiérrez. Enfermera especialista en Geriatría. Centro Asistencial de Leioa. Instituto Foral de Asistencia Social de Bizkaia. Secretaria del Comité de Ética de Intervención Social de Bizkaia.
Sofía Delgado Aróstegui. Licenciada en Económicas y Empresariales. Directora del Centro Residencial Santa y Real Casa de Misericordia de Bilbao.
Ángela Fernández San Juan. Trabajadora social del Servicio Social de base del Ermua (adscrita al espacio sociosanitario).
Belén González Molina. Psicóloga. Santa y Real Casa de Misericordia de Bilbao.
Iratxe Landeta Lekona. Médica Geriatra. Directora Gerente en el Centro Olimpia de Bilbao. Presidenta de la Fundación Urrats.
M.ª Dolores De León Gómez. Trabajadora social del Servicio de Valoración y Orientación. Miembro del Comité de Ética en Intervención Social de Bizkaia.
Izaskun Olivares Urkiza. Enfermera especialista en Geriatría y enfermera jefe de la Residencia Olimpia en Bilbao.
Ana Urrutia Beaskoa. Médica Geriatra. Directora gerente de la empresa Beaskoa Elorriaga eta Iribar, S.L., entidad gestora de Torrezuri, servicios de atención integral sociosanitaria. Presidenta de la Fundación Cuidados Dignos.

Este grupo lo complementan tres personas mayores, dos de ellas institucionalizadas en residencia y la otra como familiar y miembro voluntario de una residencia.

Miguel López González-Uriarte. Licenciado en Psicología y Sociología;. Exdirector gerente de la Fundación Argia y en la actualidad persona residente de la residencia Olimpia († 02.02.2015).
Isabel Baroja Aizpuru. Estudió dibujo publicitario. Residente de la residencia Olimpia.
Alberto Martinez del Amo. Ingeniero Industrial. Familiar de persona mayor residente en Fundación Aspaldiko.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Organizaciones colaboradoras

La promoción de las actividades relacionadas con las personas mayores, el impulso de aquellas acciones que conduzcan a formar una conciencia social en favor de la dignidad y el respeto hacia las mismas, y el reconocimiento de los y las profesionales que desarrollan su labor en el campo de la Geriatría y la Gerontología son los pilares sobre los que Zahartzaroa se propone desarrollar sus fines.

Pero para llevar a cabo este proyecto se ha hecho necesaria la colaboración de otras entidades.

Por un lado se ha considerado fundamental contar con la colaboración del **Comité de Ética en Intervención Social de Bizkaia** como apoyo, desde la deliberación, en la reflexión sobre las situaciones de conflicto ético más frecuentes, y ayuda en la concreción de los indicadores que permitan evaluar el Código Ético que se pretende desarrollar.

Inestimable ha resultado la colaboración tanto del **Colegio de Médicos de Bizkaia,** por el apoyo del aspecto científico y profesional, como de la **Universidad de Deusto** por las aportaciones del punto de vista académico a la investigación.

Por último, y puesto que se trata de un proyecto que se pretende sea aplicado en centros de atención a personas mayores, era necesario realizar al menos un pequeño pilotaje en unos centros concretos.

En este sentido, se seleccionaron centros de características diferentes: con distinta tipología de unidades de atención, diferencias en número de personas atendidas, y con diferencias también en cuanto a su gestión (entidades sin ánimo de lucro y entidades privadas mercantiles). Las entidades seleccionadas han sido: la **Fundación Aspaldiko** de Portugalete, la **Santa y Real Casa de Misericordia de Bilbao,** la **Residencia Olimpia** de Bilbao y la **Residencia Igurco-Orue** de Amorebieta. Damos las gracias a todos los profesionales de dichos centros que han desarrollado el trabajo de implementación del código ético.

ISBN: 978-84-15759-55-3, 2015, Bilbao

Cuadernos Deusto de Derechos Humanos, núm. 78

Se propone un acercamiento a los aspectos éticos en la atención a las personas mayores siguiendo el modelo principalista universal, para determinar las obligaciones en la atención sociosanitaria a las personas mayores. Asimismo, se presenta el Código Ético para la atención a las personas mayores en el medio residencial elaborado por Zahartzaroa-Asociación Vasca de Geriatría y Gerontología. La tercera parte recoge la implementación, tras un proceso de formación a los profesionales, del Código en cuatro centros residenciales de Bizkaia. El estudio refleja la mejora prestada en dos ámbitos: el respeto a la autonomía de los mayores, y la calidad en la atención integral al final de la vida. Por último, se realiza una valoración final de las aportaciones que este trabajo puede suponer en la mejora de la calidad de la atención a las personas mayores en centros de alojamiento permanente o residencias.

María Jesús Goikoetxea. Psicóloga y teóloga. Profesora de Ética y Bioética en la Universidad de Deusto. Asesora y consultora en ética sociosanitaria. Comité de Ética de Intervención Social de Bizkaia.

Lourdes Zurbanobeaskoetxea. Médico. Jefa del Servicio de Valoración y Orientación del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia y Coordinadora sociosanitaria de Euskadi. Comité de Ética de Intervención Social de Bizkaia.

Álvaro Mosquera. Educador social y psicopedagogo. Responsable del servicio psicológico y social de la Fundación Aspaldiko.

Begoña Pablos. Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Directora de Médicos de Bizkaia-Bizkaiko Sendagileak.

bio
eusko fundazioa
Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias

Zahartzaroa

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
LEHENDAKARITZA
Bakegintza eta Bizikidetzarako Idazkaritza Nagusia
Biktimen eta Giza Eskubideen Zuzendaritza
PRESIDENCIA
Secretaría General para la Paz y la Convivencia
Dirección de Víctimas y Derechos Humanos

Deusto
Publicaciones
Universidad de Deusto