



05/ La vida consagrada y su atención a los religiosos ancianos-enfermos.

Miguel Ángel Millán Asín,
director del Programa de Atención a la Vida Consagrada.
Fundación Hospital Residencia San Camilo. Zaragoza.

Los institutos religiosos en España tienen un gran número de miembros en edades muy avanzadas y con necesidad de algún tipo de cuidados. Se les suele atender en un tipo de comunidades especialmente preparadas para atenderles de la mejor manera posible (que suelen llamar "enfermerías"). A la hora de organizar este tipo de comunidades las congregaciones se encuentran ante diversos dilemas y, de hecho, en la práctica se han tomado decisiones muy distintas no sólo entre congregaciones sino entre provincias canónicas de la misma congregación. El esfuerzo económico y humano que están dedicando a esta situación es ingente. Pero el debate de fondo más relevante gira en torno a dos modelos: **a)** el modelo de envejecimiento que se tiene como referencia y **b)** el modelo de atención que se aplica a la hora de gestionar este tipo de comunidades de mayores.

Palabras clave:

religiosos mayores", "enfermerías religiosas", "religiosos enfermos".

The religious institutions in Spain have a large number of elderly people who need attention and care. They are usually attended in a sort of communities specially prepared to look after them in the best possible way (frequently called "infirmaries"). However, the management of these communities generates several challenges to the religious institutions; in fact some very different measures have been taken into practice not only among congregations but even among canonical provinces of the same congregation. The human and economic effort that they are devoting to such situation is being bigger and bigger. But the real debate revolves around two models: **a)** the model of aging that is given as a reference and **b)** the model of healthcare that is implemented to run this sort of senior communities.

Key words:

religious elders", "religious infirmaries", "religious sick".

1/

El envejecimiento en la vida consagrada: datos.

No conocemos que haya estudios sociológicos publicados -al menos en España- sobre el envejecimiento en la vida religiosa y sobre los sistemas de apoyo que tienen los religiosos ante situaciones de enfermedad y dependencia.

El envejecimiento de los religiosos (usamos el término refiriéndonos tanto a varones como a mujeres) en España debiera preocupar a toda la sociedad. La mayoría de ellos trabajan en el campo educativo, sanitario o con colectivos socialmente vulnerables, especialmente con los más marginados, con un beneficio para la sociedad significativo.

Y esto sin restar importancia a la labor espiritual que desempeñan los religiosos de vida contemplativa. Pero, a pesar de todo su encomiable sacrificio personal, su envejecimiento pone en riesgo la continuidad de muchos de sus centros y servicios. Incluso la posible desaparición de algunas de las congregaciones por falta de revelo generacional.

En este contexto, adquiere una especial relevancia la situación de los religiosos que se encuentran enfermos o, más aún, en situación de depen-

dencia. La dependencia, aunque abarca todas las edades, incide especialmente en la población mayor de 65 años. Lo que, en el caso de los religiosos, considerando los datos anteriores, significa que repercute en la vida de las diferentes comunidades religiosas de modo significativo.

No hay datos estadísticos públicos sobre el porcentaje de religiosos que superan los 65 años ni sobre su estado de salud. Según nuestros contactos con gran número de Superiores/as Provinciales o Generales, en la mayoría de las congregaciones **los religiosos mayores de 65 años suponen entre el 70% y el 80 % del total** (al menos en España).

En algunas congregaciones sabemos que ese dato llega al 100%. Si tenemos en cuenta que, según los datos del 2014, en España hay aproximadamente 59.000 religiosos (contando los misioneros), estimamos que puede haber al menos 42.000 religiosos mayores de 65 años (aplicando el dato del 70% para ser prudentes).

Según el Libro Blanco de la Dependencia, el 32 % de los mayores de 65 años poseen algún tipo de discapacidad. Aplicado a la estimación anterior, esto supondría un total de **13.440 religiosos con algún tipo de discapacidad**. Si nos centramos específicamente en las situaciones de dependencia, el mismo Libro Blanco afirma que un 19,6 % de los mayores de 65 años son dependientes (no toda discapacidad implica dependencia).

En el caso de los religiosos, esto nos da una cifra de **8.232 religiosos en situación de dependencia para las actividades de la vida diaria**. Así pues, estaríamos hablando de que puede haber en España entre 8.232 y 13.440 religiosos necesitados de algún tipo de cuidados.

En general, conforme han ido aumentando los casos de demencias y trastornos de conducta, así como la gravedad de la necesidad de cuidados, ha aumentado la tendencia de las congregaciones a crear comunidades o centros específicos (enfermerías o casas de mayores) para atender

estas situaciones. No hay datos conocidos, pero estimamos que puede haber **400 comunidades** de este tipo en España, la mayoría de ellas con personal contratado, sea directamente o a través de proveedores externos.

Las reflexiones y planteamientos que realizo en esta publicación surgen de mi relación con múltiples congregaciones religiosas y de haber visitado aproximadamente 180 enfermerías o casas de religiosos mayores. Todo un privilegio que me ha permitido conocer con cierta amplitud la manera en que las congregaciones abordan el cuidado de sus mayores.

Desde esta experiencia he podido constatar que las comunidades religiosas enfocan el cuidado de sus mayores desde opciones muy diversas, pero que todas tienen en común la preocupación por cuidar bien a sus mayores y hacer todos los sacrificios que hagan falta por ellos. Como dicen algunos fundadores: **“aunque haya que vender los vasos sagrados del altar”**.

Y el coste de estos cuidados es muy alto. Según los datos del 2014 que nos han pasado diferentes congregaciones, el coste de atender a los religiosos mayores necesitados de cuidados oscila entre 1.000 y 2.000 euros al mes por persona.

La moda entre las diferentes congregaciones estaba en **1.200 € por persona y mes** (sin contar amortizaciones). La amplia diferencia de costes depende de variables como el número de personas contratadas, la calidad de los cuidados, el número de personas a atender, las dimensiones de los edificios, etc.

Si cogemos el dato de la moda y lo aplicamos a 10.000 religiosos, esto supone un gasto mensual básico de 12.000.000 € al mes. Aun siendo prudentes con los datos, es una cifra muy importante y que pone de manifiesto al gran esfuerzo económico y humano que están haciendo las comunidades religiosas para atender a sus mayores.

2/

El modelo de envejecimiento y sus consecuencias.

La situación que encontramos en muchas “enfermerías” o comunidades de religiosos mayores depende mucho del modelo de envejecimiento que se tenga. Algunos religiosos comparten un modelo social de envejecimiento que lo considera como algo triste y muy negativo. Es un modelo antiguo que se intenta superar, pero todavía muy extendido. Quien comparte esta visión, lo más probable es que lo manifieste en los siguientes comportamientos:

- A) Abandono personal, con conductas pasivas, pereza y hábitos poco saludables
- B) Desinterés mental, que conlleva apatía, aburrimiento y tristeza
- C) El aislamiento personal que fomenta soledad, incomunicación y desinterés por las relaciones grupales.
- D) Pesimismo, irritabilidad, instalación en la queja y la crítica excesiva.

En preguntas realizadas por mí a religiosos en diferentes cursos de formación ha habido un gran porcentaje de coincidencia en identificar tres problemas principales en las comunidades de religiosos mayores: el individualismo, el aislamiento y la pasividad. Puede ser un síntoma de varias cosas, pero también puede responder a tener interiorizado este modelo negativo del hecho de envejecer. Gestionar el cuidado a los religiosos mayores es difícil cuando nos encontramos con comunidades con un número importante de miembros compartiendo esta visión.

Pero también hay un modelo positivo del envejecimiento. Este modelo se fundamenta en que envejecer bien es posible y depende de uno mismo. Requiere seguir convencidos de que la actividad es un aspecto relevante en la vida. Esto es lo que queremos decir cuando hablamos de “envejecimiento activo”. Activo para conservar la vitalidad, activo para sentirse útil, activo para participar en la vida social. Activo como persona, activo como grupo de mayores dentro de la congregación (aun estando enfermos).

La Organización Mundial de la Salud define así el Envejecimiento Activo:

- Es el **proceso de optimización de las oportunidades en relación** con la salud, la participación y la seguridad para mejorar la **calidad de vida** a medida que se envejece. Permite a las personas **desplegar el potencial de bienestar físico, social y mental** a lo largo de todo el ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras se les proporciona protección, seguridad y cuidado adecuados cuando necesitan asistencia.

En definitiva, es un modelo que se centra en las fortalezas y oportunidades en la vejez y no tanto en las carencias y debilidades. Cuando uno mismo tiene esta percepción del envejecimiento, el hecho de tener problemas de salud y necesitar de cuidados asistenciales (salvo en situaciones extremas) no le impide trabajar sobre sus capacidades preservadas y optimizar todas las oportunidades que la vida le brinda.

Aunque esto requiere que el Superior de la comunidad de mayores (y la curia provincial) crea sinceramente en este modelo de envejecimiento y tome las decisiones operativas coherentes con este enfoque.

Este planteamiento que defendemos está precisamente expresado en el siguiente testimonio del **P. Cosme Robredo**, un misionero salesiano español que trabajó muchos años en Perú y que era una gran músico. A los 83 años de edad, pocos meses antes de morir, le hicieron una entre-

vista y, entre otras cosas, le preguntaron cómo se sentía al estar en silla de ruedas. Respondió:

“Cosas de la vejez. Sigo teniendo muchas músicas en el alma y muchas notas en el corazón, pero ya no soy capaz de dirigir una orquesta. Dios me ha dado la claridad de mente y espíritu despierto, pero el cuerpo ya no acompaña. No lamento lo que no puedo hacer, hago todo lo que puedo en esta situación. Puedo arrastrar los pies, no quiero arrastrar el espíritu, ni quiero que mi espíritu camine en silla de ruedas.”

3/

La percepción de las enfermería por los religiosos.

Al hablar de “enfermería” nos referimos a los espacios donde se atiende a los religiosos con necesidad de cuidados asistenciales, sea en una comunidad específica o formando parte de una comunidad más amplia. Es una manera de entendernos. También se usa a menudo la expresión “**casa de hermanas/os mayores**”, aunque es difícil encontrar hoy día en España una comunidad de religiosos que no sean mayores. En fin, se buscan expresiones alternativas a la de enfermería porque esta palabra tiene una connotación negativa para muchos y, de hecho, la mayoría de religiosos no quieren ser destinados a este tipo de comunidades. ¿Por qué este rechazo? ¿Qué sienten y piensan los religiosos ante la perspectiva de ser destinados a una enfermería o casa de mayores? Veamos algunos testimonios:

- *Me da miedo que me destinen a la comunidad de enfermería: allí nos llevan para morir, es el corredor de la muerte.*

- *Me han educado para servir y cuidar a otros, no para que me cuiden a mí. Llevo muy mal el depender de otros y me angustia estar en una comunidad de dependientes.*

- *Me cuesta aceptar mis limitaciones. Me siento inútil y una carga para la comunidad.*

- *Es mi fin, me siento abandonada y rechazada por la congregación si me envían a la enfermería.*

- *Siento frustración, rabia, ansiedad sólo de pensar en que me destinen a una enfermería.*

Pero no todos tienen esta percepción. Aquí expongo testimonios en otra línea totalmente distinta ante la misma pregunta:

- *Ahora ya podemos realmente priorizar el SER sobre el HACER y prepararnos con paz al encuentro con el Padre.*

- *Por primera vez en mi vida religiosa estoy en una comunidad donde dispongo de tiempo libre. ¡Qué gran riqueza y don disponer de tiempo!*

- *Me alegra y me da seguridad el poder ir a una comunidad donde todo está preparado para poder estar bien atendida ante problemas de salud.*

- *Lo importante es no perder la ilusión con los años y las enfermedades. La clave de un buen envejecimiento es mantener la ilusión, la mente abierta y la mirada positiva en una comunidad.*

- *Es la única comunidad de la provincia realmente preparada para acogernos a quienes tenemos algún problema de salud. Es un lujo que tenemos que valorar y saber aprovechar.*

¿Cómo puede haber percepciones tan distintas? Está claro que en buena medida esto depende de factores de personalidad de cada sujeto, pero

también se adivina detrás de estas expresiones que hablamos de modelos de enfermería muy distintos. Basta visitar estas comunidades y, nada más entrar, se percibe la diferencia.

Lo que sí es cierto es que estas casas de mayores necesitados de cuidados no siempre responden a lo que los propios religiosos mayores desean.

Cuando les pregunto a los religiosos cómo querían que fuesen este tipo de comunidades me encuentro con respuestas como las que expongo a continuación (recuerdo que con un sesgo de género, ya que han respondido más religiosas que religiosos):

3/1

¿Cómo sería tu comunidad de mayores deseada?

- Una comunidad que promueve la creatividad, expansión, estímulos, alegría... para crear un ambiente feliz.

- Vivir con personas positivas, vitales, que mantengan la ilusión por la vida, el carisma... Prohibido hablar de enfermedades. Potenciar la “positividad” (las “riquezas” frente a las carencias)

- Tener cubiertas las necesidades vitales y un buen nivel de cuidados asistenciales en caso de necesidad.

- Una comunidad en la que se conjugue la calidad de cuidados con la calidez en las relaciones.

- Que se tenga en cuenta mi historia personal, mi “biografía”, a la hora de cualquier “planificación” que me afecte. Sentirme valorada y querida.

- Tener TIEMPO disponible para mí mismo y para los demás. Tiempo sereno lleno de saberes vivenciales que pueden enriquecer a otros. Qué hermoso regalo es el tiempo.

- Asumir tareas y responsabilidades, aunque sean pequeñas, que me permitan sentirme útil.
- Tener como referente a Jesús y valorar el sentido de testimonio, “ofrenda” y mediación salvífica que tiene nuestro dolor, enfermedad, sufrimiento, postración...hasta la muerte.
- Crear espacios para el encuentro, el diálogo, la reflexión, la oración, el juego... que nos permitan expresarnos y escucharnos.
- Mantenernos conectados con la vida de la congregación y con lo que ocurre en la Iglesia y en la sociedad. Aprovechar internet y las nuevas tecnologías.
- Seguir participando en la vida comunitaria y que se nos tenga en cuenta en la toma de decisiones.
- Que venga gente de fuera a vernos y salir nosotros al exterior, relacionarnos con el entorno.
- Mirar de cara y sin miedo a la muerte y prepararnos espiritualmente, con serenidad y esperanza, para este proceso de morir. Así damos testimonio de nuestra fe hasta el final.
- Tener un tiempo estructurado y un proyecto comunitario.
- Es muy importante la figura del Superior. Ha de ser un animador de la vida personal y comunitaria y saber “acompañarnos” con cariño y cercanía en esta etapa vital tan transcendental.
- Una comunidad en la que nos tratarán siempre respetando nuestra dignidad en todos los sentidos, aunque estemos encamados o tengamos una demencia avanzada.
- El paso a este tipo de comunidad no ha de ser brusco, necesita hacerse un proceso previo.
- Que el edificio y las instalaciones estén adaptados a las características propia de esta comunidad: accesibilidad, luz, color, olores, espacios amplios, flores y plantas...

Y termino con un último testimonio de una religiosa que quiero resaltar porque expresa mi propio convencimiento de lo que deberían ser este tipo de comunidades y supone todo un reto para las congregaciones:

- *La comunidad de mayores dentro de la congregación ha de ser un espacio de vida y de testimonio de la belleza y alegría de una vida consagrada al seguimiento de Jesús. Con nuestra manera de vivir la enfermedad, la vejez y la cercanía de la muerte hemos de ser testimonio misionero y motores de ilusión que muestren al mundo –especialmente a los jóvenes- que vale la pena consagrarse a Dios. No sentirnos como una comunidad “aislada”, de “terminales”, sino como el corazón de nuestra congregación que bombea vida al resto de la congregación, a la Iglesia y a la sociedad.*

4/

Los dilemas institucionales en la toma decisiones.

Desde el punto de vista institucional, los diferentes institutos religiosos no lo tienen fácil a la hora de tomar decisiones sobre la mejor manera de atender a sus miembros necesitados de cuidados. En general, las comunidades se enfrentan a los siguientes dilemas:

- a) **¿Envejecer en las propias comunidades o en comunidades específicamente preparadas para esta situación de enfermedad o dependencia?** Para algunos, sacar a los mayores de “casa” y llevarlos a una “enfermería” es un acto de abandono y contrario a la caridad fraterna.
- b) **¿En pequeñas comunidades dispersas geográficamente o agrupando en comunidades**

más numerosas? Es un difícil equilibrio entre la parte afectiva/emocional (permanecer cerca de entornos conocidos) y la racional que nos indica que el agrupar en comunidades de mayor tamaño rentabiliza los costes y mejora la calidad del servicio.

c) **¿Centros sólo para los propios religiosos o abiertos a personas del exterior?** ¿Incluimos a los familiares y colaboradores laicos de la institución? ¿Compartimos espacio con otras congregaciones?

d) **¿Qué perfil ha de tener el Superior o superiora que se va a destinar a estas comunidades?** ¿Estará solo o con un equipo de apoyo? Cada vez es más difícil elegir la persona adecuada ante la falta de vocaciones y de personas disponibles y preparadas para esta función.

e) **¿Gestionamos el personal y el servicio directamente o recurrimos a proveedores externos?** ¿A qué tipo de empresas pedimos presupuesto? ¿Con qué criterios? Esto no exime a la congregación de la responsabilidad moral de preocuparse por las condiciones laborales en que están los trabajadores.

f) **¿Nos conformamos sólo con la calidad asistencial (que los religiosos estén aseados, coman bien y se tomen sus medicinas) o aspiramos a que sean comunidades ricas de estímulos, donde se pueda vivir en plenitud hasta el final de la vida desde una visión holística de la salud?** Es el problema de fondo de los modelos que ya hemos mencionado y que condiciona el resto de decisiones.

5/

Conclusión.

La vida consagrada está volcada en el cuidado de sus miembros ancianos, frágiles o en situación de dependencia. Siempre ha sido así, pero cada día son más los religiosos en esta situación y su porcentaje aumentará en los próximos años. Esto plantea grandes retos a los institutos religiosos: la visión que se tiene del envejecimiento, el modelo de atención a prestar, la sostenibilidad económica de las “enfermerías”, la falta de religiosos “jóvenes”, la necesidad de apoyarse en los laicos, el futuro de sus obras, etc. En todo caso, el futuro está siempre abierto a las sorpresas.