

**INCAPACITACION Y
TUTELA DE LAS
PERSONAS MAYORES
EN SITUACION DE
DEPENDENCIA.
Aspectos Jurídicos y
Sociales.**

CIUDAD REAL 25, 26, 27 y 28 Mayo 2010



INDICE DE CONTENIDOS	Pag.
1. NORMAS DE REFERENCIA INTERNACIONAL, ESTATAL Y AUTONOMICA	1
NACIONES UNIDAS	1
<ul style="list-style-type: none"> • Declaración universal de los derechos humanos (Resolución de la Asamblea General, 1948) • Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento (Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Viena, 1982) • Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (Resolución de la Asamblea General 1991) • Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Resolución de la Asamblea General 1966) • Declaración del Milenio (Resolución de la Asamblea General, 2000) • Cumbre mundial de los objetivos del milenio (Resolución de la Asamblea General 2005) • Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento Madrid, 2002. Resolución 1. Declaración política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento • Declaración ministerial de Berlín una sociedad para todas las edades en la región de la CEPE (Berlín 2002) • Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores (Toronto 2002) • Recomendaciones de Brasilia sobre derechos humanos y envejecimiento (Brasilia 2005) • Informe de la Conferencia Ministerial de la Comisión Económica para Europa (CEPE) sobre el envejecimiento "una sociedad para todas las edades: Retos y oportunidades". (León 2007) • 25 Preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos, Organización Mundial de la Salud (OMS 2002) 	
UNION EUROPEA (UE)	17
<ul style="list-style-type: none"> • Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea 2000 • Directiva relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos 1995 	
CONSEJO DE EUROPA	21
<ul style="list-style-type: none"> • Convenio Europeo de Derechos Humanos (Roma 1950 y París 1952; revisado en conformidad con el protocolo n° 11; fecha de entrada en vigor 1 de noviembre 1998) • Carta Social Europea (Turín 1961 – Estrasburgo 1988). • Recomendación sobre personas dependientes (comité de ministros, 1998) • Recomendación sobre protección de datos médicos 1997 	

NORMATIVA ESTATAL	26
<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Española 1978 • Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidación Personal y Familiar y a la Propia Imagen. • Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad • Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal • Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica • Ley 39/2006, de 15 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia • Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad y de Modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta Finalidad. 	
NORMATIVA AUTONOMICA	47
<ul style="list-style-type: none"> • Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales de Castilla-la Mancha • Ley 5/1995, de 23 de marzo, de Solidaridad en Castilla-la Mancha. • Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-la Mancha. • Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en Materia de la Propia Salud. 	
PLANES DE ATENCION A PERSONAS MAYORES	57
<ul style="list-style-type: none"> • II Plan de Atención a las Personas Mayores en Castilla-la Mancha. Horizonte 2011 • Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) 	
2. ALGUNOS PROCESOS FUNDAMENTALES	66
CONSENTIMIENTO INFORMADO	66
<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre Consentimiento Informado, 1995 	
LA AUTOTUTELA	72
LA INCAPACITACIÓN JUDICIAL	73
CONFIDENCIALIDAD	73
CONTRATO DE ALIMENTOS Y DERECHO DE HABITACIÓN	74
3. DEONTOLOGIA Y ETICA PROFESIONAL	75
DEONTOLOGIA	75

<ul style="list-style-type: none"> • Orígenes • Concepto 	
ETICA PROFESIONAL	76
DEONTOLOGIA Y ETICA PROFESIONAL	76
<ul style="list-style-type: none"> • Estatuto Básico del Empleado Público (2007) 	
4. BIOETICA	79
FUNDAMENTOS Y PRINCIPIOS BASICOS	79
<ul style="list-style-type: none"> • Informes Portal Mayores nº 4. García Pérez, José. Univ. Pontificia de Comillas. Cátedra de Bioética, 2003 	
EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES DESDE LA PERSPECTIVA BIOETICA	86
<ul style="list-style-type: none"> • • Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. <i>Antonio Moya Bernal y Javier Barbero Gutiérrez (coord.). IMSERSO 2005</i> • Procedimiento para analizar un caso concreto desde el punto de vista ético • ¿Qué hacer cuando se constatan los malos tratos? • Principios generales de actuación • Plan de Seguridad en el Domicilio • Si la persona mayor está capacitada para tomar decisiones y decide permanecer en el domicilio, o bien la situación no precisa una salida urgente del mismo. • Si la persona mayor no tiene capacidad para tomar decisiones y se encuentra en una situación de riesgo grave, o bien tiene capacidad y acepta la actuación. • Sujecciones • Maltrato y abuso. Consejo General del Poder Judicial, 2010. Trato denigrante a mayores. Sujecciones farmacológicas y físicas. Soledad Gallo Salent, Josefa García Lorente, Blanca Clavijo 	
CONVENIO PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DIGNIDAD DEL SER HUMANO CON RESPECTO A LAS APLICACIONES DE LA BIOLOGÍA Y LA MEDICINA (OVIEDO 1997)	92
5. MALTRATO A PERSONAS MAYORES	95
CONSIDERACIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • El maltrato de las personas de edad: Reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial. Informe del Secretario General. Comisión de desarrollo social constituida en comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento 2002 	
CONCEPTUALIZACION	96
<ul style="list-style-type: none"> • El maltrato de las personas de edad: Reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial. Informe del Secretario General. Comisión de desarrollo social constituida en comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento 2002 • Definiciones maltrato 	
TIPOLOGIAS	100

<ul style="list-style-type: none"> • Maltrato de las personas mayores en la familia en España. Isabel Iborra Marmolejo, centro Reina Sofia, Valencia 2008 • Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación <i>Antonio Moya Bernal y Javier Barbero Gutiérrez (coord.). IMSERSO 2005</i> 	
DATOS DE PREVALENCIA	102
<ul style="list-style-type: none"> • El maltrato de las personas de edad: Reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial. Informe del Secretario General. Comisión de desarrollo social constituida en comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento 2002 • Organización Mundial de la Salud (OMS), Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. IMSERSO, Madrid 2007. • Maltrato de las personas mayores en la familia en España. Isabel Iborra Marmolejo, centro Reina Sofia, Valencia 2008 	
FACTORES DE RIESGO	107
<ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo de la víctima • Factores de riesgo del agresor • Factores de riesgo socioculturales 	
DENUNCIA DE SITUACIONES DE MALOS TRATOS	111
<ul style="list-style-type: none"> • Personas mayores vulnerables: Maltrato y abuso. Consejo General del Poder Judicial, 2010. Medidas jurídicas de prevención y protección. Asunción Perianes lozano, M.^a Jesús Alía Ramos • Personas mayores vulnerables: Maltrato y abuso. Consejo General del Poder Judicial, 2010. Respuesta social y sanitaria del maltrato. Carmen Sánchez Carazo, Antonio Martínez Maroto, José A. Díaz Huertas 	
BARRERAS PARA LA DETECCIÓN DE LOS MALOS TRATOS	112
6. CODIGO CIVIL	117
7. LEY DE ENJUICIAMIENTO CIVIL	133
8. BIBLIOGRAFIA	140

DERECHOS Y PROTECCION DE LAS PERSONAS MAYORES

Panorámica General

PROGRAMA DE FORMACION CONTINUA 2010

**“Incapacitación y Tutela de las Personas Mayores
en Situación de Dependencia. Aspectos Jurídicos y Sociales”**

Consejería de Salud y Bienestar Social
SERVICIO DE PROGRAMAS DE ATENCION A PERSONAS MAYORES

Ciudad Real, 25 a 28 de mayo de 2010

1.NORMAS DE REFERENCIA INTERNACIONAL, ESTATAL Y AUTONOMICA

1.1. NACIONES UNIDAS (ONU)

1.1.1.DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (Resolución de la Asamblea General, 1948)

Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 5. Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 6. Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7. Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

1.1.2.PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE VIENA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO (Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento. Viena, 1982)

Preámbulo

1. **Reafirman solemnemente** su convicción de que los derechos fundamentales e inalienables consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos se aplican plena e íntegramente a las personas de edad;

2. **Reconocen solemnemente** que la calidad de la vida no es menos importante que la longevidad y que, por consiguiente, las personas de edad deben, en la medida de lo posible, disfrutar en el seno de sus propias familias y comunidades de una vida plena, saludable, segura y satisfactoria y ser estimadas como parte integrante de la sociedad.

II.Principios

25.El Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento se basa en los principios siguientes:

a)El objetivo del desarrollo es mejorar el bienestar de toda la población sobre la base de su plena participación en el proceso de desarrollo y de una distribución equitativa de los beneficios de él derivados. El proceso de desarrollo debe realzar la dignidad humana y crear igualdad entre los distintos grupos de edad para compartir los recursos, derechos y obligaciones de la sociedad. Todas las personas, independientemente de su edad, sexo o creencias, deben contribuir según sus capacidades y recibir ayuda según sus necesidades. En esta perspectiva, el crecimiento económico, el empleo productivo, la justicia social y la solidaridad humana son elementos fundamentales e indivisibles del desarrollo, como lo son la conservación y el reconocimiento de la identidad cultural;

c)Los problemas humanitarios y de desarrollo de las personas de edad pueden resolverse mejor en situaciones en que no prevalezcan la tiranía ni la opresión, el colonialismo, el racismo, la discriminación por motivos de raza, sexo o religión, el *apartheid*, el genocidio, la agresión y la ocupación extranjeras y otras formas de dominación extranjera, y en las situaciones en que se respeten los derechos humanos;

h)Un importante objetivo del desarrollo social y económico es el logro de una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad, en la que se haya eliminado la discriminación y la segregación por motivos de edad y se aliente la solidaridad y el apoyo mutuo entre las generaciones;

l)Las personas de edad deberán participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas, incluidas las que les afectan especialmente;

III. RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

A. Metas y recomendaciones en materia de política

3. Esferas de preocupación de las personas de edad

a) Salud y nutrición

61.Con demasiada frecuencia las personas de edad son personas a las que no se pide su consentimiento. Las decisiones que afectan a los ciudadanos de edad se adoptan con frecuencia sin su participación. Esto es así especialmente en el caso de las personas muy ancianas, muy débiles o muy incapacitadas. Estas personas deberán ser atendidas mediante sistemas de atención flexibles que les permitan elegir el tipo de comodidades y la clase de atención que deban recibir.

Recomendación 8

El control sobre la vida de los ancianos no debe dejarse solamente a cargo del personal sanitario, de asistencia social u otro personal de servicio, pues los mismos ancianos suelen ser quienes mejor saben qué necesitan y cómo conviene que se les proporcione lo que necesitan.

Recomendación 9

Debe estimularse la participación de los ancianos en el desarrollo de la atención sanitaria y en el funcionamiento de los servicios sanitarios.

e) Bienestar social

Recomendación 34

Dondequiera que sea necesario o inevitable proporcionar diferentes formas de atención en instituciones para los ancianos se deberá hacer todo lo posible para asegurar que esas personas gocen de una calidad de vida que corresponda a las condiciones que normalmente se dan en su comunidad y del pleno respeto a su dignidad, sus creencias, sus necesidades, sus intereses y su privacidad; debería estimularse a los Estados a definir los criterios mínimos para asegurar una mejor calidad de la atención institucional.

1.1.3.PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS EN FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD (Resolución de la Asamblea General 1991)

Alientan a los Gobiernos a que introduzcan en sus programas nacionales cada vez que sea posible los principios siguientes:

Independencia

- 1.Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestuario y atención de salud adecuados, mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
- 2.Las personas de edad deberán tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras oportunidades de generar ingresos.
- 3.Las personas de edad deberán poder participar en la determinación de cuando y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
- 4.Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.
- 5.Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a la evolución de sus capacidades.

6.Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

Participación

7.Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes.

8.Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.

9.Las personas de edad deberán poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

Cuidados

10.Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

11.Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de enfermedades.

12.Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.

13.Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.

14.Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Autorrealización

15.Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.

16.Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

Dignidad

17.Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotación y de malos tratos físicos o mentales.

18.Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

1.1.4.PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (Resolución de la Asamblea General 1966)

Los derechos de las personas mayores no han sido estandarizados en un instrumento vinculante como ocurre con otros grupos sociales —mujeres, infancia y personas con discapacidad. En este sentido, la jurisprudencia y doctrina de los comités de los tratados tienen una importante función para avanzar en la comprensión de los derechos en la vejez.

Los comités por medio de sus comentarios generales o sus recomendaciones a los Estados, definen con mayor precisión las principales obligaciones en relación a los Pactos de derechos humanos, así como el contenido de los derechos protegidos por estos instrumentos. Así lo hizo el Comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1995 en su Observación General Nº 6, donde aborda los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores (véase el cuadro I.1) orientando a los Estados partes para que comprendan mejor sus obligaciones hacia las personas de edad cuando apliquen diversas disposiciones de este instrumento (Naciones Unidas, 1999).

Comité de derechos económicos, sociales y culturales: contenidos de la observación general nº 6

Artículo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)	Interpretación del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)
Igualdad de derechos para hombres y mujeres (art. 3)	Los Estados partes deberían prestar atención especial a las mujeres de edad avanzada y crear subsidios no contributivos u otro tipo de ayudas para todas las personas que, independiente de su género, carezcan de recursos para alcanzar una edad especificada en la legislación nacional

(2 de 3: continuación)

**Comité de derechos económicos, sociales y culturales:
contenidos de la observación general nº 6**

Artículo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)	Interpretación del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)
Derecho al trabajo (art. 6, 7 y 8)	Los Estados partes deben adoptar medidas que eviten la discriminación por edad en el empleo y la profesión, garanticen condiciones seguras de trabajo hasta la jubilación, otorguen empleo a trabajadores de edad avanzada que les permita hacer mejor uso de su experiencia y conocimientos, además de poner en marcha programas de jubilación reparatorios
Derecho a la seguridad social (art. 9)	Los Estados partes deben fijar regímenes generales para un seguro de vejez obligatorio, establecer una edad de jubilación flexible, proporcionar subsidios de vejez no contributivos y otras ayudas a todas las personas que, alcanzada la edad establecida en la legislación nacional, no hayan finalizado el período de calificación contributivo y no tengan derecho a una pensión de vejez u otro tipo de prestación de seguridad social o ayuda y carezcan de ingresos
Derecho de protección a la familia (art. 10)	Los gobiernos y las ONG deben crear servicios sociales en apoyo de la familia cuando existan personas mayores en el hogar, y aplicar medidas especiales destinadas a las familias de bajos ingresos que deseen mantener en el hogar a las personas de edad avanzada

(2 de 3: continúa)

(3 de 3: continuación)

**Comité de derechos económicos, sociales y culturales:
contenidos de la observación general nº 6**

Artículo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)	Interpretación del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)
Derecho a un nivel de vida adecuado (art. 11)	Las personas mayores deberían lograr satisfacer necesidades básicas de alimentación, ingresos, cuidados, autosuficiencia y otras. También establece el desarrollo de políticas que favorezcan la vida en sus hogares por medio del mejoramiento y adaptación de sus viviendas
Derecho a la salud física y mental (art. 12)	Supone efectuar intervenciones sanitarias dirigidas a mantener la salud en la vejez con una perspectiva del ciclo de vida
Derecho a la educación y cultura (art. 13)	Debe ser abordado desde dos ángulos diferentes y a la vez complementarios: i) el derecho de la persona de edad a disfrutar de programas educativos; y ii) poner sus conocimientos y experiencias a disposición de las generaciones más jóvenes

Fuente: S. Huenchuan y A. Morlachetti, "Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina", *Notas de población*, Nº 85 (LC/G.2346-P), Santiago de Chile, 2007, sobre la base de Naciones Unidas, Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, Observación general No 6 (E/C.12/1995/16/Rev.1), Ginebra, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

1.1.5.DECLARACIÓN DEL MILENIO (Resolución de la Asamblea General, 2000)

I. Valores y principios

2. Reconocemos que, además de las responsabilidades que todos tenemos respecto de nuestras sociedades, nos incumbe la responsabilidad colectiva de respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial.

6. Consideramos que determinados valores fundamentales son esenciales para las relaciones internacionales en el siglo XXI:

- **La libertad.** Los hombres y las mujeres tienen derecho a vivir su vida y a criar a sus hijos con dignidad y libres del hambre y del temor a la violencia, la opresión o la injusticia. La mejor forma de garantizar esos derechos es contar con gobiernos democráticos y participativos basados en la voluntad popular.
- **La igualdad.** No debe negarse a ninguna persona ni a ninguna nación la posibilidad de beneficiarse del desarrollo. Debe garantizarse la igualdad de derechos y oportunidades de hombres y mujeres.
- **La solidaridad.** Los problemas mundiales deben abordarse de manera tal que los costos y las cargas se distribuyan con justicia, conforme a los principios fundamentales de la equidad y la justicia social. Los que sufren, o los que menos se benefician, merecen la ayuda de los más beneficiados.
- **La tolerancia.** Los seres humanos se deben respetar mutuamente, en toda su diversidad de creencias, culturas e idiomas. No se deben temer ni reprimir las diferencias dentro de las sociedades ni entre éstas; antes bien, deben apreciarse como preciados bienes de la humanidad. Se debe promover activamente una cultura de paz y diálogo entre todas las civilizaciones.
- **El respeto de la naturaleza.** Es necesario actuar con prudencia en la gestión y ordenación de todas las especies vivas y todos los recursos naturales, conforme a los preceptos del desarrollo sostenible. Sólo así podremos conservar y transmitir a nuestros descendientes las incommensurables riquezas que nos brinda la naturaleza. Es preciso modificar las actuales pautas insostenibles de producción y consumo en interés de nuestro bienestar futuro y en el de nuestros descendientes.
- **Responsabilidad común.** La responsabilidad de la gestión del desarrollo económico y social en el mundo, lo mismo que en lo que hace a las amenazas que pesan sobre la paz y la seguridad internacionales, debe ser compartida por las naciones del mundo y ejercerse multilateralmente. Por ser la organización más universal y más representativa de todo el mundo, las Naciones Unidas deben desempeñar un papel central a ese respecto.

7. Para plasmar en acciones estos valores comunes, hemos formulado una serie de objetivos clave a los que atribuimos especial importancia.

V. Derechos humanos, democracia y buen gobierno

24. No escatimaremos esfuerzo alguno por promover la democracia y fortalecer el imperio del derecho y el respeto de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales internacionalmente reconocidos, incluido el derecho al desarrollo.

25. Decidimos, por tanto:

- Respetar y hacer valer plenamente la Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Esforzarnos por lograr la plena protección y promoción de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de todas las personas en todos nuestros países.
- Aumentar en todos nuestros países la capacidad de aplicar los principios y las prácticas de la democracia y del respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos de las minorías.
- Luchar contra todas las formas de violencia contra la mujer y aplicar la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

1.1.6.CUMBRE MUNDIAL DE LOS OBJETIVOS DEL MILENIO (Resolución de la Asamblea General 2005)

I. Valores y principios

13. Reafirmamos la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos.

IV. Derechos humanos e imperio de la ley

119. Renovamos nuestro compromiso de proteger y promover activamente todos los derechos humanos, el imperio de la ley y la democracia, y reconocemos que son aspectos vinculados entre sí, que se refuerzan mutuamente y que se encuentran entre los valores y principios fundamentales, universales e indivisibles de las Naciones Unidas, y pedimos a todas las partes de las Naciones Unidas que promuevan los derechos humanos y las libertades fundamentales con arreglo a sus mandatos.

120. Reafirmamos el solemne compromiso de nuestros Estados de cumplir con sus obligaciones de promover el respeto, la observancia y la protección universales de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todos, de conformidad con lo dispuesto en la Carta, la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros instrumentos relacionados con los derechos

humanos y el derecho internacional. El carácter universal de esos derechos y libertades no puede ponerse en tela de juicio.

Derechos humanos

121. Reafirmamos que todos los derechos humanos son universales e indivisibles, están relacionados entre sí, son interdependientes y se refuerzan mutuamente, y que deben tratarse de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y con la misma atención. Si bien es necesario tener en cuenta la importancia de las peculiaridades nacionales y regionales y los diversos antecedentes históricos, culturales y religiosos, todos los Estados, independientemente de cuál sea su sistema político, económico y cultural, tienen la obligación de promover y proteger todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

1.1.7. SEGUNDA ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO MADRID, 2002. Resolución 1. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento

Anexo I

Declaración Política

Artículo 3

Reiteramos el compromiso contraído por nuestros Jefes de Estado y de Gobierno en las principales conferencias y cumbres de las Naciones Unidas, en sus procesos de seguimiento, y en la Declaración del Milenio, con respecto a la promoción de entornos internacionales y nacionales que promuevan el establecimiento de una sociedad para todas las edades. Además, reafirmamos los principios y las recomendaciones contenidos en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, que la Asamblea de las Naciones Unidas hizo suyo en 1982, y los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad aprobados por la Asamblea General en 1991, que ofrecieron una orientación sobre las cuestiones de la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad.

Artículo 5

Reafirmamos el compromiso de no escatimar esfuerzos para promover la democracia, reforzar el estado de derecho y favorecer la igualdad entre hombres y mujeres, así como promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluido el derecho al desarrollo. Nos comprometemos a eliminar todas las formas de discriminación, entre otras, la discriminación por motivos de edad.

Asimismo, reconocemos que las personas, a medida que envejecen, deben disfrutar de una vida plena, con salud, seguridad y participación activa en la vida económica, social, cultural y política de sus sociedades. Estamos decididos a realzar el reconocimiento de la dignidad de las personas de edad y a eliminar todas las formas de abandono, abuso y violencia.

Anexo II

Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002

I. Introducción

8. Las mujeres de edad superan a los hombres de edad, y cada vez más a medida que la edad aumenta. La formulación de políticas sobre la situación de las mujeres de edad debería ser una prioridad en todas partes. Reconocer los efectos diferenciales del envejecimiento en las mujeres y los hombres es esencial para lograr la plena igualdad entre mujeres y hombres y para formular medidas eficaces y eficientes para hacer frente al problema. Por consiguiente, es decisivo lograr la integración de una perspectiva de género en todas las políticas, programas y leyes.

12.(...) En todo el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, 2002 se plantean varios temas centrales que están vinculados a esas metas, objetivos y compromisos, entre ellos:

a) La plena realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales;

e) La garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, así como de sus derechos civiles y políticos, y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación contra las personas de edad;

f) El compromiso de reafirmar la igualdad de los sexos en las personas de edad, entre otras cosas, mediante la eliminación de la discriminación por motivos de sexo;

13. La promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluido el derecho al desarrollo, es esencial para la creación de una sociedad incluyente para todas las edades, en que las personas de edad participen plenamente y sin discriminación y en condiciones de igualdad. La lucha contra la discriminación por motivos de edad y la promoción de la dignidad de las personas de edad es fundamental para asegurar el respeto que esas personas merecen. La promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales es importante para lograr una sociedad para todas las edades. Para ello, la relación mutua entre las generaciones debe cultivarse, acentuarse y alentarse mediante un diálogo amplio y eficaz.

II. Recomendaciones para la adopción de medidas

A. Orientación prioritaria I: Las personas de edad y el desarrollo

Cuestión 1: Participación activa en la sociedad y en el desarrollo

21. Objetivo 1: Reconocimiento de la contribución social, cultural, económica y política de las personas de edad.

Medidas

a) Asegurar el pleno goce de todos los derechos humanos y libertades fundamentales promoviendo la aplicación de los convenios y convenciones de derechos humanos y otros instrumentos de derechos humanos, particularmente en la lucha contra todas las formas de discriminación;

h) Tener en cuenta las necesidades de las personas de edad y respetar el derecho a vivir dignamente en todas las etapas de la vida;

22. Objetivo 2: Participación de las personas de edad en los procesos de adopción de decisiones a todos los niveles.

Medidas

a) Incorporar las necesidades de las personas de edad y las cuestiones que les preocupan a los procesos de adopción de decisiones a todos los niveles;

c) Adoptar medidas para permitir la participación plena e igual de las personas de edad, en particular de las mujeres de edad, en la adopción de decisiones a todos los niveles;

1.1.8. DECLARACIÓN MINISTERIAL DE BERLÍN UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES EN LA REGIÓN DE LA CEPE (Berlín 2002)

4. Somos conscientes de que la promoción y la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales son esenciales para una participación activa de las personas mayores en todos los aspectos de la vida y para la creación de una sociedad para todas las edades. Nos comprometemos a asegurar el pleno disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales, y de los derechos civiles y políticos de las personas y la eliminación de toda forma de violencia, abuso y abandono, y de discriminación contra las personas mayores. En este sentido, los grupos con necesidades especiales, sin importar la edad de sus miembros, incluyendo los pobres, los excluidos socialmente y aquéllos con discapacidades, nos conciernen especialmente. Estamos determinados a facilitar a todas las personas llegar a la vejez en las mejores condiciones de salud y bienestar, con especial atención a la situación de las mujeres mayores, y a aumentar el reconocimiento de la dignidad e independencia de las personas mayores.

8. Adoptando la Estrategia de Implementación Regional del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002, y para alcanzar la perspectiva transversal del envejecimiento en todos los ámbitos de las políticas, damos una particular prioridad a incrementar la participación de las personas mayores en la sociedad y fomentar la inclusión social y la vida independiente (...)

1.1.9.DECLARACIÓN DE TORONTO PARA LA PREVENCIÓN GLOBAL DEL MALTRATO DE LAS PERSONAS MAYORES (Toronto 2002)

Esta Declaración es un **Llamado a la Acción** dirigido a la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores.

Puntos que deben ser considerados:

- Faltan marcos legales. Cuando se identifican casos de maltrato de ancianos, con frecuencia no pueden abordarse por falta de instrumentos legales apropiados para responder a ellos.
- La prevención del maltrato de las personas mayores requiere la participación de múltiples sectores de la sociedad.
- Los trabajadores de la salud de atención primaria tienen un papel particularmente importante, ya que se enfrentan con casos de maltrato de ancianos en forma cotidiana – aunque con frecuencia no los diagnostican como tales.
- Es vital la educación y diseminación de la información – tanto en el sector formal (educación a profesionales) como a través de los medios de comunicación (combatir el estigma, abordar los tabúes y ayudar a eliminar los estereotipos negativos sobre la vejez).
- El maltrato de las personas mayores es un problema universal. Las investigaciones realizadas hasta ahora demuestran su prevalencia, tanto en el mundo desarrollado como en los países en desarrollo. En ambos, el victimario suele ser conocido por la víctima, y es dentro del contexto familiar y/o en “la unidad donde se proveen los cuidados”, donde ocurren la mayoría de los casos de maltrato.
- Es fundamental una perspectiva cultural para comprender en profundidad el fenómeno del maltrato – es decir, el contexto cultural en cualquier comunidad particular en la que ocurre.
- Es igualmente importante considerar una perspectiva de género, ya que las complejas construcciones sociales relacionadas ayudan a identificar el tipo de maltrato y quién lo inflige.
- En cualquier sociedad algunos grupos de la población son particularmente vulnerables al maltrato y abuso de las personas mayores – como los muy ancianos, los que sufren discapacidades funcionales, las mujeres y los pobres.
- En definitiva, el maltrato de las personas mayores sólo se podrá prevenir en forma eficaz si se desarrolla una cultura que favorezca la solidaridad intergeneracional y que rechace la violencia.

- No es suficiente identificar los casos de maltrato de las personas mayores. Todos los países deben desarrollar las estructuras que permitan la provisión de servicios (sanitarios, sociales, de protección legal, policiales, etc.) para responder de forma adecuada y eventualmente prevenir el problema.

El Plan Internacional de Acción de las Naciones Unidas adoptado por todos los países en Madrid, en abril de 2002, reconoce claramente la importancia del maltrato de las personas mayores y lo pone en el contexto de los Derechos Humanos Universales. La prevención del maltrato de las personas mayores en un mundo que envejece, nos concierne a todos.

1.1.10.RECOMENDACIONES DE BRASILIA SOBRE DERECHOS HUMANOS Y ENVEJECIMIENTO (Brasilia 2005)

Que el envejecimiento sea considerado como un derecho humano fundamental y los gobiernos y la sociedad civil deben invertir esfuerzos para garantizar el derecho a la vida, a la dignidad, a la libertad y a una muerte digna.

Para ampliar la calidad de vida de las personas mayores, sus derechos humanos deben ser protegidos.

RECOMENDACIONES

2. Sensibilizar y capacitar a la sociedad civil, a las personas mayores, a los agentes públicos, incluyendo profesionales relevantes para una cultura del respeto y defensa de los derechos humanos para fortalecer la construcción de una sociedad para todas las edades.
3. Fortalecer acciones de capacitación para personas mayores para el ejercicio de la ciudadanía y protagonismo social.
4. Crear y fortalecer las redes de apoyo social a las víctimas de violencia por sus familiares.
5. Incentivar el intercambio entre generaciones buscando fundamentalmente reforzar el máximo de solidaridad intergeneracional, con prioridad de acciones en el sector de educación.
10. Garantizar la dignidad de vida a lo largo del ciclo vital, con énfasis en el período terminal, incluyendo los cuidados paliativos.

1.1.11. INFORME DE LA CONFERENCIA MINISTERIAL DE LA COMISION ECONOMICA PARA EUROPA (CEPE) SOBRE EL ENVEJECIMIENTO "UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES: RETOS Y OPORTUNIDADES". (León 2007)

5. Seguimos decididos a alcanzar el objetivo último de una sociedad para todas las edades basada en el respeto de los derechos humanos, la protección Contra la discriminación por motivos de edad, la cohesión social y la igualdad de oportunidades para los hombres y las mujeres de todas las edades.

Perseguimos este objetivo reafirmando los principios de independencia, participación, cuidados, realización del potencial propio y dignidad consagrados en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.

6. Estamos comprometidos a seguir promoviendo la integración del envejecimiento en todas las esferas normativas en los ámbitos local, nacional e internacional. Estas normas y políticas deberían basarse en los principios de la reciprocidad, la equidad y la interdependencia entre las generaciones; ser de carácter global, estar debidamente coordinadas y respetar las consideraciones de género, como es el caso del enfoque incluyente de la Estrategia Regional de Aplicación. Nos comprometemos a proteger los derechos de las personas de todas las edades y a impedir la discriminación por motivos de edad y la exclusión social.

12. Consideramos que la accesibilidad, la dignidad, los niveles de calidad y, muy especialmente, la protección contra el maltrato y el abandono de las personas de edad plantean desafíos importantes en la esfera de la prestación de cuidados. Asimismo, somos conscientes de la contribución que hacen a la sociedad las personas, tanto hombres como mujeres, que prestan cuidados, y las apoyamos. Todos los hombres y mujeres, de cualquier edad, deberían disfrutar de acceso equitativo y universal a la atención sanitaria y a los servicios y asistencia sociales en función de sus necesidades, así como a instalaciones y servicios que cumplan la normativa aprobada. En esa normativa se debe tener en cuenta el principio fundamental de la dignidad en el trato dispensado a todos. Para que todas las personas reciban una atención de calidad es indispensable contar con recursos públicos suficientes, con sólidos sistemas estructurados y no estructurados para el suministro de cuidados prolongados, con profesionales de cuidados especializados y sensibilizados, y con mecanismos de control de calidad.

13. Somos conscientes de que, en el actual contexto de longevidad creciente, debe introducirse una flexibilidad mayor en los procesos de transición que tienen lugar a lo largo de la vida entre la educación, el trabajo y la jubilación, a fin de que cada persona pueda tomar sus propias decisiones en materia de situación familiar y seguridad social. De este modo se contribuirá a realizar el potencial de los hombres y mujeres de todas las edades en beneficio de la sociedad, se les permitirá sentirse realizados y se contrarrestará la discriminación por motivos de edad.

17. Estamos decididos a promover la solidaridad intergeneracional como uno de los principales pilares de la cohesión social y de la sociedad civil.

Favorecemos las iniciativas destinadas a sensibilizar al público sobre el potencial de los jóvenes y de las personas mayores, a promover la comprensión del envejecimiento y a alentar la solidaridad intergeneracional.

1.1.12.SALUD Y DERECHOS HUMANOS

25 PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE SALUD Y DERECHOS HUMANOS, Organización Mundial de la Salud (OMS 2002)

Posibles «Ingredientes» de un enfoque de la salud basado en los derechos humanos:

- **Derecho a la salud**
- **Información**
- **Cuestiones de género**
- **Dignidad humana**
- **Transparencia**
- **Principios de Siracusa**
- **Puntos de referencia e indicadores**
- **Gestión responsable**
- **Salvaguardias**
- **Igualdad y no discriminación**
- **Desglose de los datos sobre la salud**
- **Atención a los grupos vulnerables**
- **Participación**
- **Intimidad**
- **Derecho a la educación**
- **Equilibrio óptimo entre los objetivos de salud pública y la protección de los derechos humanos**
- **Accesibilidad**
- **Obligaciones concretas de los gobiernos**

LOS PRINCIPIOS DE SIRACUSA

(Principios de Siracusa sobre las disposiciones de limitación y derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, documento de las Naciones Unidas E/CN.4/1985/4)

Sólo como último recurso se podrá interferir en los derechos humanos para alcanzar un objetivo sanitario. Esa interferencia se justificará exclusivamente si se dan todas las circunstancias definidas con precisión en el derecho relativo a los derechos humanos, en particular en los Principios de Siracusa:

- La restricción se establece y se aplica de conformidad con la ley.
- La restricción se establece en pro de un objetivo legítimo de interés general.

- La restricción es estrictamente necesaria en una sociedad democrática para alcanzar un objetivo concreto.
- No se dispone de medios menos intrusivos ni restrictivos para alcanzar el mismo objetivo.
- La restricción no se ha determinado ni impuesto arbitrariamente, es decir, de manera no razonable o discriminatoria de alguna otra forma.

1.2. UNION EUROPEA (UE)

1.2.1. CARTA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA 2000

El artículo 6 del Tratado de la Unión Europea, la Unión reconoce los derechos, libertades y principios establecidos en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea; la Carta reafirma los derechos, libertades y principios reconocidos en la Unión y hace que dichos derechos sean más visibles, pero no crea nuevos derechos ni principios.

Artículo 1 La dignidad humana es inviolable. Será respetada y protegida.

Artículo 3

1. Toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica.
2. En el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular:
 - el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas en la ley,

Artículo 4 Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.

Artículo 6 Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad.

Artículo 7 Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de sus comunicaciones.

Artículo 8

1. Toda persona tiene derecho a la protección de los datos de carácter personal que la conciernan.
2. Estos datos se tratarán de modo leal, para fines concretos y sobre la base del consentimiento de la persona afectada o en virtud de otro fundamento legítimo previsto por la ley. Toda persona tiene derecho a acceder a los datos recogidos que la conciernan y a su rectificación.

3. El respeto de estas normas quedará sujeto al control de una autoridad independiente.

Artículo 20 Todas las personas son iguales ante la ley.

Artículo 21

1. Se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual.

Artículo 23 La igualdad entre hombres y mujeres será garantizada en todos los ámbitos, inclusive en materia de empleo, trabajo y retribución.

El principio de igualdad no impide el mantenimiento o la adopción de medidas que ofrezcan ventajas concretas en favor del sexo menos representado.

Artículo 25 La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural.

Artículo 34

1. La Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad, los accidentes laborales, la dependencia o la vejez, así como en caso de pérdida de empleo, según las modalidades establecidas por el Derecho comunitario y las legislaciones y prácticas nacionales.

1.2.2. DIRECTIVA RELATIVA A LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS FÍSICAS EN LO QUE RESPECTA AL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y A LA LIBRE CIRCULACIÓN DE ESTOS DATOS (95/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de octubre de 1995)

(10) Considerando que las legislaciones nacionales relativas al tratamiento de datos personales tienen por objeto garantizar el respeto de los derechos y libertades fundamentales, particularmente del derecho al respeto de la vida privada reconocido en el artículo 8 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, así como en los principios generales del Derecho comunitario; que, por lo tanto, la aproximación de dichas legislaciones no debe conducir a una disminución de la protección que garantizan sino que, por el contrario, debe tener por objeto asegurar un alto nivel de protección dentro de la Comunidad;

(11) Considerando que los principios de la protección de los derechos y libertades de las personas y, en particular, del respeto de la intimidad,

contenidos en la presente Directiva, precisan y amplían los del Convenio de 28 de enero de 1981 del Consejo de Europa para la protección de las personas en lo que respecta al tratamiento automatizado de los datos personales;

Artículo 3. Ámbito de aplicación. 1. Las disposiciones de la presente Directiva se aplicarán al tratamiento total o parcialmente automatizado de datos personales, así como al tratamiento no automatizado de datos personales contenidos o destinados a ser incluidos en un fichero.

SECCIÓN I. PRINCIPIOS RELATIVOS A LA CALIDAD DE LOS DATOS

Artículo 6

1. Los Estados miembros dispondrán que los datos personales sean:

a) tratados de manera leal y lícita;

b) recogidos con fines determinados, explícitos y legítimos, y no sean tratados posteriormente de manera incompatible con dichos fines; no se considerará incompatible el tratamiento posterior de datos con fines históricos, estadísticos o científicos, siempre y cuando los Estados miembros establezcan las garantías oportunas;

c) adecuados, pertinentes y no excesivos con relación a los fines para los que se recaben y para los que se traten posteriormente;

d) exactos y, cuando sea necesario, actualizados; deberán tomarse todas las medidas razonables para que los datos inexactos o incompletos, con respecto a los fines para los que fueron recogidos o para los que fueron tratados posteriormente, sean suprimidos o rectificados;

e) conservados en una forma que permita la identificación de los interesados durante un período no superior al necesario para los fines para los que fueron recogidos o para los que se traten ulteriormente. Los Estados miembros establecerán las garantías apropiadas para los datos personales archivados por un período más largo del mencionado, con fines históricos, estadísticos o científicos.

2. Corresponderá a los responsables del tratamiento garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en el apartado 1.

SECCIÓN II. PRINCIPIOS RELATIVOS A LA LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DATOS

Artículo 7

Los Estados miembros dispondrán que el tratamiento de datos personales sólo pueda efectuarse si:

a) el interesado ha dado su consentimiento de forma inequívoca, o

b) es necesario para la ejecución de un contrato en el que el interesado sea parte o para la aplicación de medidas precontractuales adoptadas a petición del interesado, o

c) es necesario para el cumplimiento de una obligación jurídica a la que esté sujeto el responsable del tratamiento, o

d) es necesario para proteger el interés vital del interesado, o

e) es necesario para el cumplimiento de una misión de interés público o inherente al ejercicio del poder público conferido al responsable del tratamiento o a un tercero a quien se comuniquen los datos, o

f) es necesario para la satisfacción del interés legítimo perseguido por el responsable del tratamiento o por el tercero o terceros a los que se comuniquen los datos, siempre que no prevalezca el interés o los derechos y libertades fundamentales del interesado que requieran protección con arreglo al apartado 1 del artículo 1 de la presente Directiva.

SECCIÓN IV. INFORMACIÓN DEL INTERESADO

Artículo 10 . Información en caso de obtención de datos recabados del propio interesado.

Los Estados miembros dispondrán que el responsable del tratamiento o su representante deberán comunicar a la persona de quien se recaben los datos que le conciernan, por lo menos la información que se enumera a continuación, salvo si la persona ya hubiera sido informada de ello:

a) la identidad del responsable del tratamiento y, en su caso, de su representante;

b) los fines del tratamiento de que van a ser objeto los datos;

c) cualquier otra información tal como:

- los destinatarios o las categorías de destinatarios de los datos,
- el carácter obligatorio o no de la respuesta y las consecuencias que tendría para la persona interesada una negativa a responder,
- la existencia de derechos de acceso y rectificación de los datos que la conciernen, en la medida en que, habida cuenta de las circunstancias específicas en que se obtengan los datos, dicha información suplementaria resulte necesaria para garantizar un tratamiento de datos leal respecto del interesado.

1.3. CONSEJO DE EUROPA

1.3.1. CONVENIO EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS (Roma 1950 y París 1952; revisado en conformidad con el Protocolo n° 11; Fecha de entrada en vigor 1 de noviembre 1998)

La adhesión de la Unión Europea al Convenio Europeo se explicita en el apartado 2 del artículo 6 del Tratado de la Unión Europea. En el apartado 3 de este mismo artículo se señala que: Los derechos fundamentales que garantiza el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos humanos y de las Libertades Fundamentales y los que son fruto de las tradiciones constitucionales comunes a los Estados miembros formarán parte del Derecho de la Unión como principios generales.

Artículo 3

Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.

Artículo 5

1 Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad.

Artículo 8

1 Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia.

Artículo 14

El goce de los derechos y libertades reconocidos en el presente Convenio ha de ser asegurado sin distinción alguna, especialmente por razones de sexo, raza, color, lengua, religión, opiniones políticas u otras, origen nacional o social, pertenencia a una minoría nacional, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación.

1.3.2. CARTA SOCIAL EUROPEA (Turín 1961 – Estrasburgo 1988).

1.3.2.1. Turín, 18 de octubre de 1961

Considerando que el goce de los derechos sociales debe quedar garantizado sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, religión, opinión política, proveniencia nacional u origen social;

PARTE I.

Las partes contratantes reconocen como objetivo de su política, que habrá de seguirse por todos los medios adecuados, tanto de carácter nacional como internacional, el establecer aquellas condiciones en que puedan hacerse efectivos los derechos y principios siguientes:

11. Toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar.

14. Toda persona tiene derecho a beneficiarse de servicios de bienestar social.

16. La familia, como célula fundamental de la sociedad, tiene derecho a una adecuada protección social, jurídica y económica, para lograr su pleno desarrollo.

PARTE II.

Las partes contratantes se comprometen a considerarse vinculadas, en la forma dispuesta en la parte III, por las obligaciones establecidas en los artículos y párrafos siguientes:

Artículo 11. Derecho a la protección de la salud.

Artículo 12. Derecho a la Seguridad Social.

Artículo 13. Derecho a la asistencia social y médica.

Artículo 14. Derecho a los beneficios de los servicios sociales.

Artículo 16. Derecho de la familia a una protección social, jurídica y económica.

1.3.2.2. Protocolo Adicional a la Carta Social Europea (Estrasburgo 1988).

PARTE I

Las Partes reconocen como objetivo de su política, que perseguirán por todos los medios adecuados, tanto nacionales como internacionales, la consecución de las condiciones idóneas para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos y principios siguientes:

4. Toda persona anciana tiene derecho a protección social.

Artículo 4. Derecho a protección social de las personas ancianas.

Con el fin de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a protección social de las personas ancianas, las Partes se comprometen a tomar o promover, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, las medidas adecuadas encaminadas, en particular:

1. A permitir a las personas ancianas seguir siendo, durante el mayor tiempo posible (se refiere a la preservación de sus capacidades físicas, psicológicas e intelectuales) , miembros de pleno derecho de la sociedad mediante:

a) Recursos suficientes que les permitan llevar una existencia decorosa y desempeñar un papel activo en la vida pública, social y cultural;

b) la difusión de informaciones relativas a las facilidades y servicios de que disponen las personas ancianas y sus oportunidades de aprovecharlos.

2. A permitir a las personas ancianas escoger libremente su modo de vida y llevar una vida independiente en su entorno habitual durante todo el tiempo que lo deseen y que sea posible, mediante:

a) La posibilidad de disponer de viviendas apropiadas a sus necesidades y estado de salud o de ayudas adecuadas para el acondicionamiento de la vivienda;

b) la asistencia sanitaria y los servicios que su estado requiera.

3. A garantizar a las personas ancianas que viven en instituciones, la asistencia apropiada dentro del respeto a su vida privada, y su participación en la determinación de las condiciones de vida dentro de dichas instituciones.

1.3.3.RECOMENDACIÓN SOBRE PERSONAS DEPENDIENTES (Comité de Ministros, 1998)

2. Los principios generales en favor de las personas dependientes

Toda persona dependiente tiene derecho al respeto de su dignidad humana y de su autonomía. Y para esto debe participar en el proceso de evaluación del grado de dependencia y en toda toma de decisión que le concierne.

Esto supone, entre otros, que toda persona dependiente sea informada sobre sus derechos y libertades sobre las opciones y facilidades disponibles y sobre la evolución de la legislación que le concierne.

3.2. Libertad de elección

El principio de la libertad de elección es fundamental a fin de garantizar el respeto a la dignidad y a la autodeterminación de la persona dependiente.

La elección debe ser igualmente informada, lo cual requiere una información accesible, objetiva, completa y personalizada.

Cuando no sea posible mantener por más tiempo la libertad de elección por razón de la incapacidad de la persona dependiente, se deberá asegurar una protección jurídica.

3.6. Garantía de la calidad de los cuidados

La orientación y la elección de los cuidados deben ser evaluados con la persona dependiente y sus allegados. La elección debe buscar la mejor solución adaptada al caso individual de la persona dependiente.

1.3.4. RECOMENDACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS MÉDICOS (Nº R (97) 5, de 13 de febrero de 1997, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros).

Convencido de que es deseable regular la recogida y procesamiento de datos médicos, salvaguardar la confidencialidad y la seguridad de los datos Personales relativos a la salud, y asegurar que se emplean de acuerdo con los derechos y libertades fundamentales del individuo, y en particular con el derecho a la intimidad;

3. Respeto a la intimidad

3.1. Se garantizará el respeto a los derechos y libertades fundamentales, y en particular al derecho a la intimidad, durante la recogida y procesamiento de datos médicos.

3.2. Los datos médicos sólo pueden recogerse y procesarse si existen medidas de protección adecuadas establecidas por la ley nacional.

En principio, los datos médicos deben ser recogidos y procesados sólo por profesionales sanitarios o por individuos u órganos que trabajen en representación de profesionales sanitarios. Los individuos u órganos que trabajen en representación de profesionales sanitarios recogiendo y procesando datos médicos deben estar sujetos a las mismas normas de confidencialidad que pesan sobre los profesionales sanitarios o a normas de confidencialidad comparables.

Los administradores de archivos que no son profesionales sanitarios sólo deben recoger y procesar datos médicos cuando estén sujetos a normas de confidencialidad comparables a las que pesan sobre el profesional sanitario o a medidas de seguridad igualmente eficaces proporcionadas por la ley nacional.

4. Recogida y procesamiento de datos médicos.

4.1. Los datos médicos deben ser recogidos y procesados honrada y legalmente y sólo para fines especificados.

5. Información a los afectados.

5.1. Los afectados deben ser informados de los siguientes extremos:

- a. la existencia de un archivo que contiene sus datos médicos y el tipo de datos recogidos o que se van a recoger;
- b. el fin o fines para los que son o serán procesados;
- c. en su caso, el individuo u organismos de los que han sido o serán obtenidos;
- d. las personas u órganos a los que pueden ser comunicados y con qué fines.
- e. la posibilidad, si existe, de que el afectado niegue su consentimiento o retire el ya dado, y las consecuencias de tal cesación del consentimiento;
- f. la identidad del administrador del archivo y de su representante, si existe, así como las condiciones bajo las que se puede ejercer el derecho de acceso y de rectificación.

5.2. Se debe informar al afectado, como muy tarde, en el momento de recogerlos. Sin embargo, cuando los datos no se obtengan del afectado, se le debe comunicar tal recogida tan pronto como sea posible y, en una forma apropiada, la información a que hace referencia el Principio 5.1, salvo que claramente sea no razonable o impracticable, o salvo que el afectado haya recibido ya la información.

5.3. La información al afectado será apropiada y adaptada a las circunstancias. La información se dará preferiblemente a cada uno de los afectados de forma individual.

5.4. Antes de llevar a cabo un análisis genético, se debe informar al afectado sobre los objetivos del análisis y la posibilidad de hallazgos inesperados.

Personas legalmente incapacitadas

5.5. Si el afectado es una persona legalmente incapacitada, incapaz de tomar una decisión libre y consciente, y la ley nacional no le permite actuar en su propia representación, la información se facilitará a la persona reconocida como legalmente habilitada para actuar en interés del afectado.

Si una persona legalmente incapacitada es capaz de entender, se le debe informar antes de recoger o procesar sus datos.

1.4. NORMATIVA ESTATAL

1.4.1.CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA 1978

TÍTULO PRELIMINAR.

Artículo 9

2. Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

TÍTULO I. De los derechos y deberes fundamentales.

Artículo 10.

1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la Ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.

2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los Tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.

Artículo 14

Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

SECCIÓN I. DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES Y DE LAS LIBERTADES PÚBLICAS.

Artículo 15.

Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las Leyes penales militares para tiempos de guerra.

Artículo 18.

1. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.
2. El domicilio es inviolable. Ninguna entrada o registro podrá hacerse en el sin consentimiento del titular o resolución judicial, salvo en caso de flagrante delito.
3. Se garantiza el secreto de las comunicaciones y, en especial, de las postales, telegráficas y telefónicas, salvo resolución judicial.
4. La Ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos.

SECCIÓN II. DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS CIUDADANOS. DE LOS PRINCIPIOS RECTORES DE LA POLÍTICA SOCIAL Y ECONÓMICA.

Artículo 43.

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

Artículo 50.

Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

1.4.2.LEY ORGÁNICA 1/1982, DE 5 DE MAYO, DE PROTECCIÓN CIVIL DEL DERECHO AL HONOR, A LA INTIMIDAD PERSONAL Y FAMILIAR Y A LA PROPIA IMAGEN.

Artículo Primero.

Uno. El Derecho Fundamental al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen, garantizado en el artículo 18 de la Constitución, será protegido civilmente frente a todo género de intromisiones ilegítimas, de acuerdo con lo establecido en la presente Ley Orgánica.

Tres. El Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen es irrenunciable, inalienable e imprescriptible. La renuncia a la protección prevista en esta Ley será nula, sin perjuicio de los supuestos de autorización o consentimiento a que se refiere el artículo segundo de esta Ley.

Artículo Segundo.

Uno. La Protección Civil del Honor, de la Intimidad y de la Propia Imagen quedará delimitada por las leyes y por los usos sociales atendiendo al ámbito que, por sus propios actos, mantenga cada persona reservado para sí misma o su familia.

Dos. No se apreciará la existencia de intromisión ilegítima en el ámbito protegido cuando estuviere expresamente autorizada por ley o cuando el titular del derecho hubiere otorgado al efecto su consentimiento expreso.

Tres. El consentimiento a que se refiere el párrafo anterior será revocable en cualquier momento, pero habrán de indemnizarse en su caso, los daños y perjuicios causados, incluyendo en ellos las expectativas justificadas.

Artículo Tercero.

Uno. El consentimiento de los menores e incapaces deberá prestarse por ellos mismos si sus condiciones de madurez lo permiten, de acuerdo con la legislación civil.

Dos. En los restantes casos, el consentimiento habrá de otorgarse mediante escrito por su representante legal, quien estará obligado a poner en conocimiento previo del Ministerio Fiscal el consentimiento proyectado. Si en el plazo de ocho días el Ministerio Fiscal se opusiere, resolverá el Juez.

Artículo Cuarto.

Uno. El ejercicio de las acciones de Protección Civil del Honor, la Intimidad o la Imagen de una persona fallecida corresponde a quien ésta haya designado a tal efecto en su testamento. La designación puede recaer en una persona jurídica.

Dos. No existiendo designación o habiendo fallecido la persona designada, estarán legitimados para recabar la protección el cónyuge, los descendientes, ascendientes y hermanos de la persona afectada que viviesen al tiempo de su fallecimiento.

Tres. A falta de todos ellos, el ejercicio de las acciones de protección corresponderá al Ministerio Fiscal, que podrá actuar de oficio a la instancia de persona interesada, siempre que no hubieren transcurrido más de ochenta años desde el fallecimiento del afectado. El mismo plazo se observará cuando el ejercicio de las acciones mencionadas corresponda a una persona jurídica designada en testamento.

Artículo Quinto.

Uno. Cuando sobrevivan varios parientes de los señalados en el artículo anterior, cualquiera de ellos podrá ejercer las acciones previstas para la Protección de los Derechos del fallecido.

Dos. La misma regla se aplicará, salvo disposición en contrario del fallecido, cuando hayan sido varias las personas designadas en su testamento.

Artículo Sexto.

Uno. Cuando el titular del derecho lesionado fallezca sin haber podido ejercitar por sí o por su representante legal las acciones previstas en esta Ley, por las circunstancias en que la lesión se produjo, las referidas acciones podrán ejercitarse por las personas señaladas en el artículo cuarto.

Dos. Las mismas personas podrán continuar la acción ya entablada por el titular del derecho lesionado cuando falleciere.

Artículo Séptimo.

Tendrán la consideración de intromisiones ilegítimas en el ámbito de protección delimitado por el artículo segundo de esta Ley:

Tres. La divulgación de hechos relativos a la vida privada de una persona o familia que afecten a su reputación y buen nombre, así como la revelación o publicación del contenido de cartas, memorias u otros escritos personales de carácter íntimo.

Cuatro. La revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela.

Seis. La utilización del nombre, de la voz o de la imagen de una persona para fines publicitarios, comerciales o de naturaleza análoga.

Siete. La imputación de hechos o la manifestación de juicios de valor a través de acciones o expresiones que de cualquier modo lesionen la dignidad de otra persona, menoscabando su fama o atentando contra su propia estimación.

Artículo Octavo.

Uno. No se reputará, con carácter general, intromisiones ilegítimas las actuaciones autorizadas o acordadas por la Autoridad competente de acuerdo con la Ley, ni cuando predomine un interés histórico, científico o cultural relevante.

1.4.3.LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD.

Artículo 9.

Los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y deberes.

Artículo 10.

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1.Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.

2.A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.

3.A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.

4.A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización, y por escrito, del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario.

1.4.4.LEY ORGÁNICA 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.

Artículo 1. Objeto.

La presente Ley Orgánica tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

Artículo 4. Calidad de los datos.

1. Los datos de carácter personal sólo se podrán recoger para su tratamiento, así como someterlos a dicho tratamiento, cuando sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el ámbito y las finalidades determinadas, explícitas y legítimas para las que se hayan obtenido.

2. Los datos de carácter personal objeto de tratamiento no podrán usarse para finalidades incompatibles con aquellas para las que los datos hubieran sido recogidos. No se considerará incompatible el tratamiento posterior de éstos con fines históricos, estadísticos o científicos.

3. Los datos de carácter personal serán exactos y puestos al día de forma que respondan con veracidad a la situación actual del afectado.

4. Si los datos de carácter personal registrados resultaran ser inexactos, en todo o en parte, o incompletos, serán cancelados y sustituidos de oficio por los correspondientes datos rectificadas o completados, sin perjuicio de las facultades que a los afectados reconoce el artículo 16.

5. Los datos de carácter personal serán cancelados cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido recabados o registrados.

No serán conservados en forma que permita la identificación del interesado durante un período superior al necesario para los fines en base a los cuales hubieran sido recabados o registrados.

Reglamentariamente se determinará el procedimiento por el que, por excepción, atendidos los valores históricos, estadísticos o científicos de acuerdo con la legislación específica, se decida el mantenimiento integro de determinados datos.

6. Los datos de carácter personal serán almacenados de forma que permitan el ejercicio del derecho de acceso, salvo que sean legalmente cancelados.

7. Se prohíbe la recogida de datos por medios fraudulentos, desleales o ilícitos.

Artículo 5. Derecho de información en la recogida de datos.

1. Los interesados a los que se soliciten datos personales deberán ser previamente informados de modo expreso, preciso e inequívoco:

a) De la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información.

b) Del carácter obligatorio o facultativo de su respuesta a las preguntas que les sean planteadas.

c) De las consecuencias de la obtención de los datos o de la negativa a suministrarlos.

d) De la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

e) De la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante.

Cuando el responsable del tratamiento no esté establecido en el territorio de la Unión Europea y utilice en el tratamiento de datos medios situados en territorio español, deberá designar, salvo que tales medios se utilicen con fines de trámite, un representante en España, sin perjuicio de las acciones que pudieran emprenderse contra el propio responsable del tratamiento.

2. Cuando se utilicen cuestionarios u otros impresos para la recogida, figurarán en los mismos, en forma claramente legible, las advertencias a que se refiere el apartado anterior.

3. No será necesaria la información a que se refieren las letras b, c y d del apartado 1 si el contenido de ella se deduce claramente de la naturaleza de los datos personales que se solicitan o de las circunstancias en que se recaban.

4. Cuando los datos de carácter personal no hayan sido recabados del interesado, éste deberá ser informado de forma expresa, precisa e inequívoca, por el responsable del fichero o su representante, dentro de los tres meses siguientes al momento del registro de los datos, salvo que ya hubiera sido informado con anterioridad, del contenido del tratamiento, de la procedencia de los datos, así como de lo previsto en las letras a, d y e del apartado 1 del presente artículo.

5. No será de aplicación lo dispuesto en el apartado anterior, cuando expresamente una ley lo prevea, cuando el tratamiento tenga fines históricos, estadísticos o científicos, o cuando la información al interesado resulte imposible o exija esfuerzos desproporcionados, a criterio de la Agencia Española de Protección de Datos o del organismo autonómico equivalente, en consideración al número de interesados, a la antigüedad de los datos y a las posibles medidas compensatorias.

Asimismo, tampoco regirá lo dispuesto en el apartado anterior cuando los datos procedan de fuentes accesibles al público y se destinen a la actividad de publicidad o prospección comercial, en cuyo caso, en cada comunicación que se dirija al interesado se le informará del origen de los datos y de la identidad del responsable del tratamiento así como de los derechos que le asisten.

Artículo 6. Consentimiento del afectado.

1. El tratamiento de los datos de carácter personal requerirá el consentimiento inequívoco del afectado, salvo que la ley disponga otra cosa.

2. No será preciso el consentimiento cuando los datos de carácter personal se recojan para el ejercicio de las funciones propias de las Administraciones públicas en el ámbito de sus competencias; cuando se refieran a las partes de un contrato o precontrato de una relación comercial, laboral o administrativa y sean necesarios para su mantenimiento o cumplimiento; cuando el tratamiento de los datos tenga por finalidad proteger un interés vital del interesado en los términos del artículo 7, apartado 6, de la presente Ley, o cuando los datos figuren en fuentes accesibles al público y su tratamiento sea necesario para la

satisfacción del interés legítimo perseguido por el responsable del fichero o por el del tercero a quien se comuniquen los datos, siempre que no se vulneren los derechos y libertades fundamentales del interesado.

3. El consentimiento a que se refiere el artículo podrá ser revocado cuando exista causa justificada para ello y no se le atribuyan efectos retroactivos.

4. En los casos en los que no sea necesario el consentimiento del afectado para el tratamiento de los datos de carácter personal, y siempre que una ley no disponga lo contrario, éste podrá oponerse a su tratamiento cuando existan motivos fundados y legítimos relativos a una concreta situación personal. En tal supuesto, el responsable del fichero excluirá del tratamiento los datos relativos al afectado.

Artículo 7. Datos especialmente protegidos.

1. De acuerdo con lo establecido en el apartado 2 del artículo 16 de la Constitución, nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias.

Cuando en relación con estos datos se proceda a recabar el consentimiento a que se refiere el apartado siguiente, se advertirá al interesado acerca de su derecho a no prestarlo.

2. Sólo con el consentimiento expreso y por escrito del afectado podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal que revelen la ideología, afiliación sindical, religión y creencias. Se exceptúan los ficheros mantenidos por los partidos políticos, sindicatos, iglesias, confesiones o comunidades religiosas y asociaciones, fundaciones y otras entidades sin ánimo de lucro, cuya finalidad sea política, filosófica, religiosa o sindical, en cuanto a los datos relativos a sus asociados o miembros, sin perjuicio de que la cesión de dichos datos precisará siempre el previo consentimiento del afectado.

3. Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente.

4. Quedan prohibidos los ficheros creados con la finalidad exclusiva de almacenar datos de carácter personal que revelen la ideología, afiliación sindical, religión, creencias, origen racial o étnico, o vida sexual.

5. Los datos de carácter personal relativos a la comisión de infracciones penales o administrativas sólo podrán ser incluidos en ficheros de las Administraciones públicas competentes en los supuestos previstos en las respectivas normas reguladoras.

6. No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores, podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal a que se refieren los apartados 2 y 3 de este artículo, cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención

o para el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta asimismo a una obligación equivalente de secreto.

También podrán ser objeto de tratamiento los datos a que se refiere el párrafo anterior cuando el tratamiento sea necesario para salvaguardar el interés vital del afectado o de otra persona, en el supuesto de que el afectado esté física o jurídicamente incapacitado para dar su consentimiento.

Artículo 8. Datos relativos a la salud.

Sin perjuicio de lo que se dispone en el artículo 11 respecto de la cesión, las instituciones y los centros sanitarios públicos y privados y los profesionales correspondientes podrán proceder al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica sobre sanidad.

Artículo 9. Seguridad de los datos.

1. El responsable del fichero, y, en su caso, el encargado del tratamiento deberán adoptar las medidas de índole técnica y organizativas necesarias que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta del estado de la tecnología, la naturaleza de los datos almacenados y los riesgos a que estén expuestos, ya provengan de la acción humana o del medio físico o natural.

2. No se registrarán datos de carácter personal en ficheros que no reúnan las condiciones que se determinen por vía reglamentaria con respecto a su integridad y seguridad y a las de los centros de tratamiento, locales, equipos, sistemas y programas.

3. Reglamentariamente se establecerán los requisitos y condiciones que deban reunir los ficheros y las personas que intervengan en el tratamiento de los datos a que se refiere el artículo 7 de esta Ley.

Artículo 10. Deber de secreto.

El responsable del fichero y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal estén obligados al secreto profesional respecto de los mismos y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aun después de finalizar sus relaciones con el titular del fichero o, en su caso, con el responsable del mismo.

Artículo 11. Comunicación de datos.

1. Los datos de carácter personal objeto del tratamiento sólo podrán ser comunicados a un tercero para el cumplimiento de fines directamente

relacionados con las funciones legítimas del cedente y del cesionario con el previo consentimiento del interesado.

2. El consentimiento exigido en el apartado anterior no será preciso:

a) Cuando la cesión está autorizada en una ley.

b) Cuando se trate de datos recogidos de fuentes accesibles al público.

c) Cuando el tratamiento responda a la libre y legítima aceptación de una relación jurídica cuyo desarrollo, cumplimiento y control implique necesariamente la conexión de dicho tratamiento con ficheros de terceros. En este caso la comunicación sólo será legítima en cuanto se limite a la finalidad que la justifique.

d) Cuando la comunicación que deba efectuarse tenga por destinatario al Defensor del Pueblo, el Ministerio Fiscal o los Jueces o Tribunales o el Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de las funciones que tiene atribuidas. Tampoco será preciso el consentimiento cuando la comunicación tenga como destinatario a instituciones autonómicas con funciones análogas al Defensor del Pueblo o al Tribunal de Cuentas.

e) Cuando la cesión se produzca entre Administraciones públicas y tenga por objeto el tratamiento posterior de los datos con fines históricos, estadísticos o científicos.

f) Cuando la cesión de datos de carácter personal relativos a la salud sea necesaria para solucionar una urgencia que requiera acceder a un fichero o para realizar los estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal o autonómica.

3. Será nulo el consentimiento para la comunicación de los datos de carácter personal a un tercero, cuando la información que se facilite al interesado no le permita conocer la finalidad a que destinarán los datos cuya comunicación se autoriza o el tipo de actividad de aquel a quien se pretenden comunicar.

4. El consentimiento para la comunicación de los datos de carácter personal tiene también un carácter de revocable.

5. Aquel a quien se comuniquen los datos de carácter personal se obliga, por el solo hecho de la comunicación, a la observancia de las disposiciones de la presente Ley.

6. Si la comunicación se efectúa previo procedimiento de disociación, no será aplicable lo establecido en los apartados anteriores.

Artículo 12. Acceso a los datos por cuenta de terceros.

1. No se considerará comunicación de datos el acceso de un tercero a los datos cuando dicho acceso sea necesario para la prestación de un servicio al responsable del tratamiento.

2. La realización de tratamientos por cuenta de terceros deberá estar regulada en un contrato que deberá constar por escrito o en alguna otra forma que permita acreditar su celebración y contenido, estableciéndose expresamente que el encargado del tratamiento únicamente tratará los datos conforme a las instrucciones del responsable del tratamiento, que no los aplicará o utilizará con fin distinto al que figure en dicho contrato, ni los comunicará, ni siquiera para su conservación, a otras personas.

En el contrato se estipularán, asimismo, las medidas de seguridad a que se refiere el artículo 9 de esta Ley que el encargado del tratamiento está obligado a implementar.

3. Una vez cumplida la prestación contractual, los datos de carácter personal deberán ser destruidos o devueltos al responsable del tratamiento, al igual que cualquier soporte o documentos en que conste algún dato de carácter personal objeto del tratamiento.

4. En el caso de que el encargado del tratamiento destine los datos a otra finalidad, los comunique o los utilice incumpliendo las estipulaciones del contrato, será considerado también responsable del tratamiento, respondiendo de las infracciones en que hubiera incurrido personalmente.

DERECHOS DE LAS PERSONAS

Artículo 13. Impugnación de valoraciones.

1. Los ciudadanos tienen derecho a no verse sometidos a una decisión con efectos jurídicos, sobre ellos o que les afecte de manera significativa, que se base únicamente en un tratamiento de datos destinados a evaluar determinados aspectos de su personalidad.

2. El afectado podrá impugnar los actos administrativos o decisiones privadas que impliquen una valoración de su comportamiento, cuyo único fundamento sea un tratamiento de datos de carácter personal que ofrezca una definición de sus características o personalidad.

3. En este caso, el afectado tendrá derecho a obtener información del responsable del fichero sobre los criterios de valoración y el programa utilizados en el tratamiento que sirvió para adoptar la decisión en que consistió el acto.

4. La valoración sobre el comportamiento de los ciudadanos, basada en un tratamiento de datos, únicamente podrá tener valor probatorio a petición del afectado.

Artículo 14. Derecho de consulta al Registro General de Protección de Datos.

Cualquier persona podrá conocer, recabando a tal fin la información oportuna del Registro General de Protección de Datos, la existencia de tratamientos de datos de carácter personal, sus finalidades y la identidad del responsable del tratamiento. El Registro General será de consulta pública y gratuita.

Artículo 15. Derecho de acceso.

1. El interesado tendrá derecho a solicitar y obtener gratuitamente información de sus datos de carácter personal sometidos a tratamiento, el origen de dichos datos, así como las comunicaciones realizadas o que se prevén hacer de los mismos.

2. La información podrá obtenerse mediante la mera consulta de los datos por medio de su visualización, o la indicación de los datos que son objeto de tratamiento mediante escrito, copia, telecopia o fotocopia, certificada o no, en forma legible e inteligible, sin utilizar claves o códigos que requieran el uso de dispositivos mecánicos específicos.

3. El derecho de acceso a que se refiere este artículo sólo podrá ser ejercitado a intervalos no inferiores a doce meses, salvo que el interesado acredite un interés legítimo al efecto, en cuyo caso podrán ejercitarlo antes.

Artículo 16. Derecho de rectificación y cancelación.

1. El responsable del tratamiento tendrá la obligación de hacer efectivo el derecho de rectificación o cancelación del interesado en el plazo de diez días.

2. Serán rectificadas o canceladas, en su caso, los datos de carácter personal cuyo tratamiento no se ajuste a lo dispuesto en la presente Ley y, en particular, cuando tales datos resulten inexactos o incompletos.

3. La cancelación dará lugar al bloqueo de los datos, conservándose únicamente a disposición de las Administraciones públicas, Jueces y Tribunales, para la atención de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento, durante el plazo de prescripción de éstas. Cumplido el citado plazo deberá procederse a la supresión.

4. Si los datos rectificadas o cancelados hubieran sido comunicados previamente, el responsable del tratamiento deberá notificar la rectificación o cancelación efectuada a quien se hayan comunicado, en el caso de que se mantenga el tratamiento por este último, que deberá también proceder a la cancelación.

5. Los datos de carácter personal deberán ser conservados durante los plazos previstos en las disposiciones aplicables o, en su caso, en las relaciones contractuales entre la persona o entidad responsable del tratamiento y el interesado.

Artículo 17. Procedimiento de oposición, acceso, rectificación o cancelación.

1. Los procedimientos para ejercitar el derecho de oposición, acceso, así como los de rectificación y cancelación serán establecidos reglamentariamente.

2. No se exigirá contraprestación alguna por el ejercicio de los derechos de oposición, acceso, rectificación o cancelación.

Artículo 18. Tutela de los derechos.

1. Las actuaciones contrarias a lo dispuesto en la presente Ley pueden ser objeto de reclamación por los interesados ante la Agencia Española de Protección de Datos, en la forma que reglamentariamente se determine.

2. El interesado al que se deniegue, total o parcialmente, el ejercicio de los derechos de oposición, acceso, rectificación o cancelación, podrá ponerlo en conocimiento de la Agencia Española de Protección de Datos o, en su caso, del organismo competente de cada Comunidad Autónoma, que deberá asegurarse de la procedencia o improcedencia de la denegación.

3. El plazo máximo en que debe dictarse la resolución expresa de tutela de derechos será de seis meses.

4. Contra las resoluciones de la Agencia Española de Protección de Datos procederá recurso contencioso-administrativo.

1.4.5.LEY 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

Artículo 2. Principios básicos.

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

Artículo 3. Las definiciones legales.

Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Artículo 4. Derecho a la información asistencial.

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencia

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.
3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Artículo 7. El derecho a la intimidad.

1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley. 2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

Artículo 8. Consentimiento informado.

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.
2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo

la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el

consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos.

Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

4. La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

5. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

Artículo 10. Condiciones de la información y consentimiento por escrito.

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

d) Las contraindicaciones.

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

Artículo 11. Instrucciones previas.

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.

3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.

5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

1.4.6.LEY 39/2006, DE 15 DE DICIEMBRE, DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Artículo 4. Derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia.

2. Asimismo, las personas en situación de dependencia disfrutarán de todos los derechos establecidos en la legislación vigente, y con carácter especial de los siguientes:

a) A disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad.

b) A recibir, en términos comprensibles y accesibles, información completa y continuada relacionada con su situación de dependencia.

c) A ser advertido de si los procedimientos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, siendo necesaria la previa autorización, expresa y por escrito, de la persona en situación de dependencia o quien la represente.

d) A que sea respetada la confidencialidad en la recogida y el tratamiento de sus datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

e) A participar en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, ya sea a título individual o mediante asociación.

f) A decidir, cuando tenga capacidad de obrar suficiente, sobre la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno.

g) A decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial.

h) Al ejercicio pleno de sus derechos jurisdiccionales en el caso de internamientos involuntarios, garantizándose un proceso contradictorio.

3. Los poderes públicos adoptarán las medidas necesarias para promover y garantizar el respeto de los derechos enumerados en el párrafo anterior, sin más limitaciones en su ejercicio que las directamente derivadas de la falta de capacidad de obrar que determina su situación de dependencia.

4. Las personas en situación de dependencia y, en su caso, familiares o quienes les representen, así como los centros de asistencia, estarán obligados a suministrar toda la información y datos que les sean requeridos por las Administraciones competentes, para la valoración de su grado y nivel de dependencia; a comunicar todo tipo de ayudas personalizadas que reciban, y a aplicar las prestaciones económicas a las finalidades para las que fueron otorgadas; o a cualquier otra obligación prevista en la legislación vigente.

1.4.7.LEY 41/2003, DE 18 DE NOVIEMBRE, DE PROTECCIÓN PATRIMONIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DE MODIFICACIÓN DEL CÓDIGO CIVIL, DE LA LEY DE ENJUICIAMIENTO CIVIL Y DE LA NORMATIVA TRIBUTARIA CON ESTA FINALIDAD.

Artículo 9. Modificaciones del Código Civil en materia de autotutela.

Uno. El artículo 223 del Código Civil quedará redactado en los siguientes términos:

Los padres podrán en testamento o documento público notarial nombrar tutor, establecer órganos de fiscalización de la tutela, así como designar las personas que hayan de integrarlos u ordenar cualquier disposición sobre la persona o bienes de sus hijos menores o incapacitados. Asimismo, cualquier persona con la capacidad de obrar suficiente, en previsión de ser incapacitada judicialmente en el futuro, podrá en documento público notarial adoptar cualquier disposición relativa a su propia persona o bienes, incluida la designación de tutor. Los documentos públicos a los que se refiere el presente artículo se comunicarán de oficio por el notario autorizante al Registro Civil, para su indicación en la inscripción de nacimiento del interesado. En los procedimientos de

incapacitación, el juez recabará certificación del Registro Civil y, en su caso, del registro de actos de última voluntad, a efectos de comprobar la existencia de las disposiciones a las que se refiere este artículo.

Dos. El **párrafo primero del artículo 234 del Código Civil** pasa a tener la siguiente redacción:

Para el nombramiento de tutor se preferirá:

1. Al designado por el propio tutelado, conforme al párrafo segundo del artículo 223.

2. Al cónyuge que conviva con el tutelado.

3. A los padres.

4. A la persona o personas designadas por éstos en sus disposiciones de última voluntad.

5. Al descendiente, ascendiente o hermano que designe el juez.

Tres. Se añade un **nuevo párrafo al artículo 239** con el contenido siguiente:

La entidad pública a la que, en el respectivo territorio, esté encomendada la tutela de los incapaces cuando ninguna de las personas recogidas en el artículo 234 sea nombrado tutor, asumirá por ministerio de la Ley la tutela del incapaz o cuando éste se encuentre en situación de desamparo.

Se considera como situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes que le incumben de conformidad a las Leyes, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material.

Artículo 11. Modificación del Código Civil en materia del mandato.

El **artículo 1732 del Código Civil** quedará redactado en los siguientes términos:

El mandato se acaba:

1. Por su revocación.

2. Por renuncia o incapacidad del mandatario.

3. Por muerte, declaración de prodigalidad o por concurso o insolvencia del mandante o del mandatario.

El mandato se extinguirá, también, por la incapacidad sobrevinida del mandante a no ser que en el mismo se hubiera dispuesto su continuación o el mandato se hubiera dado para el caso de incapacidad del mandante apreciada conforme a lo dispuesto por éste. En estos casos, el mandato podrá terminar por resolución judicial dictada al constituirse el organismo tutelar o posteriormente a instancia del tutor.

Artículo 12. Modificación del Código Civil en materia del contrato de alimentos.

Uno. Se crea un nuevo capítulo II dentro del título XII del libro IV del Código Civil, bajo la rúbrica *Del contrato de alimentos*, que engloba los artículos 1791 a 1797.

Dos. Los artículos 1791 a 1797 del Código Civil quedarán redactados en los siguientes términos:

Artículo 1791. *Por el contrato de alimentos una de las partes se obliga a proporcionar vivienda, manutención y asistencia de todo tipo a una persona durante su vida, a cambio de la transmisión de un capital en cualquier clase de bienes y derechos.*

Artículo 1792. *De producirse la muerte del obligado a prestar los alimentos o de concurrir cualquier circunstancia grave que impida la pacífica convivencia de las partes, cualquiera de ellas podrá pedir que la prestación de alimentos convenida se pague mediante la pensión actualizable a satisfacer por plazos anticipados que para esos eventos hubiere sido prevista en el contrato o, de no haber sido prevista, mediante la que se fije judicialmente.*

Artículo 1793. *La extensión y calidad de la prestación de alimentos serán las que resulten del contrato y, a falta de pacto en contrario, no dependerá de las vicisitudes del caudal y necesidades del obligado ni de las del caudal de quien los recibe.*

Artículo 1794. *La obligación de dar alimentos no cesará por las causas a que se refiere el artículo 152, salvo la prevista en su apartado primero.*

Artículo 1795. *El incumplimiento de la obligación de alimentos dará derecho al alimentista sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1792, para optar entre exigir el cumplimiento, incluyendo el abono de los devengados con anterioridad a la demanda, o la resolución del contrato, con aplicación, en ambos casos, de las reglas generales de las obligaciones recíprocas.*

En caso de que el alimentista opte por la resolución, el deudor de los alimentos deberá restituir inmediatamente los bienes que recibió por el contrato, y, en cambio, el juez podrá, en atención a las circunstancias, acordar que la restitución que, con respeto de lo que dispone el artículo siguiente, corresponda al alimentista quede total o parcialmente aplazada, en su beneficio, por el tiempo y con las garantías que se determinen.

Artículo 1796. *De las consecuencias de la resolución del contrato, habrá de resultar para el alimentista, cuando menos, un superávit suficiente para constituir, de nuevo, una pensión análoga por el tiempo que le quede de vida.*

Artículo 1797. *Cuando los bienes o derechos que se transmitan a cambio de los alimentos sean registrables, podrá garantizarse frente a terceros el derecho del alimentista con el pacto inscrito en el que se dé a la falta de pago el carácter de condición resolutoria explícita, además de mediante el derecho de hipoteca regulado en el artículo 157 de la Ley Hipotecaria.*

1.5. NORMATIVA AUTONOMICA

1.5.1.LEY 3/1994, DE 3 DE NOVIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE LOS USUARIOS DE ENTIDADES, CENTROS Y SERVICIOS SOCIALES DE CASTILLA-LA MANCHA

Artículo 4. Derechos de los usuarios.

Las personas usuarias de las Entidades, Centros y Servicios a que hace referencia esta Ley, disfrutarán de los siguiente derechos:

1. A acceder a los mismos y recibir asistencia sin discriminación por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
2. A un trato digno tanto por parte del personal de la Entidad, Centro o Servicio, como de los otros usuarios.
3. Al secreto profesional de los datos de su historia socio-sanitaria.
4. A mantener relaciones interpersonales, incluido el derecho a recibir visitas.
5. A una atención individualizada acorde con sus necesidades específicas.
6. A la máxima intimidad en función de las condiciones estructurales de las Entidades, Centros y Servicios.
7. A que se les facilite el acceso a la atención social, sanitaria, educativa, cultural y, en general, a la atención de todas las necesidades personales que sean imprescindibles para conseguir un adecuado desarrollo psíquico-físico.
8. A participar en las actividades de los Centros y Servicios, y colaborar en el desarrollo de las mismas.
9. A elevar por escrito a los órganos de participación o dirección de las Entidades, Centros y Servicios, propuestas relativas a las mejoras de los servicios.
10. A participar en la gestión y planificación de las actividades de los Centros y Servicios de titularidad pública y privada, tal como reglamentariamente se determine.
11. A conocer en todo momento el precio de los servicios que recibe, y a que les sean comunicadas con la antelación suficiente las variaciones de aquél o las modificaciones esenciales en la prestación del servicio.

12. A cesar en la utilización de los Servicios o en la permanencia en el Centro por voluntad propia.

El ejercicio de los derechos señalados en los párrafos 4 y 12 podrán ser objeto de limitaciones en virtud de resolución administrativa o judicial.

13. Derecho de queja ejercido mediante hojas de reclamación que estarán a disposición de los usuarios y de sus representantes legales.

1.5.2.LEY 5/1995, DE 23 DE MARZO, DE SOLIDARIDAD EN CASTILLA-LA MANCHA.

De la solidaridad con las personas mayores

Artículo 22. Principios rectores.

La política en favor de las personas mayores deberá establecerse de acuerdo a los siguientes principios rectores:

- 1.º El derecho a una calidad de vida digna durante la vejez.
- 2.º Abordar la intervención con las personas mayores de una forma integral, considerando una visión multidisciplinar y multisectorial de sus necesidades.
- 3.º Coordinación efectiva y real entre las diferentes Administraciones, especialmente de la Sanitaria y la de Servicios Sociales, que responda al planteamiento multisectorial considerado.
- 4.º Contemplar la política de atención a los mayores basada en los principios de normalización e integración.
- 5.º Envejecer en casa como objetivo fundamental en la política de convivencia de las personas mayores.
- 6.º Promoción de la participación activa de las personas mayores en la vida de su comunidad, y especialmente en la defensa de sus derechos y gestión de los recursos propios.
- 7.º Garantizar la protección jurídica de nuestros mayores incapacitados.

Artículo 23. Programas específicos.

Para el cumplimiento de los principios establecidos en el artículo anterior se desarrollarán los siguientes Programas específicos:

- a) De protección social de la persona mayor.
- b) De alojamiento y convivencia de las personas mayores.

c) De integración social y participación.

Artículo 32. Comisión de Tutela.

1. Se crea la Comisión de Tutela como órgano de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha para el ejercicio de las competencias que a la misma pudieran corresponderle cuando por sentencia se le asigne la tutela de adultos incapacitados.

Reglamentariamente se regulará su composición y régimen de funcionamiento.

2. El cumplimiento de los deberes tutelares de adultos se ejercerá conforme a lo dispuesto en el Título X del Código Civil. Todas las medidas que se adopten estarán dirigidas tanto a la guarda y protección de la persona y bienes del adulto representado, como a propiciarle la integración y normalización en su propio medio social, o alternativamente, facilitarle los recursos sociales idóneos para su desarrollo personal.

Artículo 33. Administración de bienes de los menores tutelados por situación de desamparo.

La Comisión de Tutela, ejercerá las funciones de administrador legal del patrimonio de los menores tutelados por situación de desamparo, con independencia de las competencias que para dichos menores tengan los órganos encargados de su tutela.

1.5.3.LEY 8/2000, DE 30 DE NOVIEMBRE, DE ORDENACIÓN SANITARIA DE CASTILLA-LA MANCHA

Artículo 2. Principios Informadores

1.- La ordenación y las actuaciones del Sistema Sanitario en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha responden a los siguientes principios informadores:

c) Igualdad efectiva de acceso a los servicios sanitarios, para todos los ciudadanos de la Comunidad Autónoma.

d) Participación comunitaria en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.

e) Calidad de los servicios y prestaciones.

f) Humanización de los servicios y máximo respeto a la dignidad de los ciudadanos.

Artículo 4. Derechos

1.- El Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha garantiza a las personas incluidas en el ámbito de esta Ley la titularidad y disfrute de los siguientes derechos:

a) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin discriminación alguna por razón de sexo, raza, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

b) A la información sobre los servicios sanitarios a que pueden acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.

c) A recibir información suficiente, comprensible y adecuada cuando haya riesgo para la salud pública, incluyendo si fuera preciso la información epidemiológica necesaria en relación con los problemas de salud.

d) A recibir en términos comprensibles información adecuada, continuada, verbal y escrita sobre su proceso, tanto la persona enferma como, en su caso, sus familiares o personas allegadas, si aquella fuese menor de edad, estuviese inconsciente o incapacitada mentalmente, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

e) A ser informadas del uso, en su caso, en proyectos docentes o de investigación, de los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se les apliquen, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud, según los conocimientos científicos y técnicos actualizados. En estos casos, será imprescindible la previa autorización por escrito de la persona enferma y la aceptación por parte del profesional sanitario y de la dirección del correspondiente centro sanitario teniendo en cuenta la normativa aplicable en materia de investigación y ética.

f) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y estancia en centros sanitarios públicos y privados.

g) A que se les extiendan los informes o certificaciones acreditativas de su estado de salud, cuando se exija mediante una disposición legal o reglamentaria, sin coste adicional alguno por la utilización de medios diagnósticos, de reconocimientos y por la redacción de dichos informes, salvo en aquellas actuaciones que así lo determine la normativa específica.

h) A que exista constancia por escrito, o en soporte técnico adecuado que permita su lectura, de todo su proceso.

i) A recibir, la persona enferma, o en su caso, la familia o persona allegada, el informe del alta al finalizar la estancia en una institución hospitalaria, o interconsulta en Atención Especializada. Igualmente tendrá derecho a acceder a su historia clínica y a que se le facilite copia de los documentos, informes o datos que en ella obren sin perjuicio de terceros.

j) A la asistencia sanitaria individual y personal por parte del profesional sanitario que se le asigne, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial, salvo necesidad de sustituciones reglamentarias del personal.

k) A la libre elección entre las opciones que le presente la persona con responsabilidad sanitaria de su caso, siendo preciso el previo consentimiento informado y escrito de la persona enferma para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

1.- Cuando de la no intervención se derive un riesgo para la salud pública. En estos casos deberán comunicarse a la autoridad judicial, en el plazo de 24 horas, las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias.

2.- Cuando la persona enferma no esté capacitada para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares, personas allegadas o representante legal.

La opinión del menor será tomada en consideración, en función de su edad y su grado de madurez, de acuerdo con lo establecido en el Código Civil. Cuando exista disparidad de criterios entre quienes actúen como representantes legales del menor y la institución sanitaria, la autorización última se someterá a la autoridad judicial.

Salvo lo dispuesto por las leyes en casos especiales, sólo podrá intervenir a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.

3.- Cuando el caso implique una urgencia que no permita demoras por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento y no sea posible obtener un consentimiento adecuado.

4.- Cuando haya manifestado su deseo de no recibir información, en cuyo caso deberá respetarse su voluntad sin perjuicio de obtenerse el consentimiento correspondiente.

En cualquier momento y siempre que sea posible, la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

l) A negarse al tratamiento excepto en los casos señalados en los puntos 1, 2 y 3 del apartado anterior del presente artículo. Para ello deberá solicitar y firmar el alta voluntaria. De no hacerlo así, corresponderá dar el alta a la Dirección del Centro, a propuesta del médico que esté al cargo del caso. No obstante, tendrá derecho a permanecer cuando existan otros tratamientos alternativos y la persona enferma manifieste el deseo de recibirlos.

m) A participar en las actividades sanitarias a través de los cauces previstos en esta Ley y en cuantas disposiciones la desarrollen.

n) A la formulación de sugerencias y reclamaciones, así como a recibir respuesta por escrito, en los plazos que reglamentariamente se establezcan, sin perjuicio de las reclamaciones que correspondan con arreglo a la Ley.

o) A la libre elección del profesional sanitario, servicio y centro, en la forma que reglamentariamente se establezca.

p) A una segunda opinión médica en los términos que reglamentariamente se determinen, que fortalezca la básica relación médico-paciente y complemente las posibilidades de la atención.

q) A la atención sanitaria adecuada a las necesidades individuales y colectivas, de conformidad con lo previsto sobre prestaciones en esta Ley.

r) A una asistencia dirigida a facilitar la recuperación más completa posible de las funciones biológicas, psicológicas y sociales.

s) A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, de acuerdo con los criterios básicos de uso racional, en los términos que reglamentariamente se establezcan.

t) Las personas pertenecientes a grupos específicos de riesgo tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios específicos.

u) Quienes padezcan una enfermedad mental, además de los derechos señalados en los epígrafes precedentes, tendrán específicamente los siguientes:

1.- En los internamientos voluntarios, cuando se pierda la plenitud de facultades durante el internamiento, la dirección del Centro deberá solicitar la correspondiente autorización judicial para la continuación del internamiento.

2.- En los internamientos forzosos, el derecho a que se revise periódicamente la necesidad del internamiento.

3.- Los enfermos mentales menores de edad internamiento en centros o unidades infanto-juveniles.

v) A disponer en todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de una carta de derechos y deberes por la que ha de regirse la relación con aquellos.

Los derechos contemplados en los apartados a), b), c), d), e), f), h), i), j), k), l), n), r), t), u) y v), serán garantizados también en la asistencia sanitaria privada.

2.- La ciudadanía, al amparo de esta Ley, tendrá derecho al disfrute de un medio ambiente favorable a la salud. Las Administraciones Públicas adoptarán las medidas necesarias para ello de conformidad con la normativa vigente.

Artículo 6. Garantía de los Derechos

1.- La Junta de Comunidades garantizará a la población información suficiente, adecuada y comprensible sobre sus derechos y deberes respecto a los servicios sanitarios en Castilla-La Mancha y sobre los servicios y prestaciones disponibles, su organización, procedimiento de acceso, uso y disfrute, y demás datos de utilidad.

2.- La Junta de Comunidades garantizará a la ciudadanía el pleno ejercicio del régimen de derechos y deberes recogidos en esta Ley, para lo que establecerá reglamentariamente el alcance y contenido específico de sus condiciones.

3.- Todo el personal sanitario y no sanitario de los centros y servicios sanitarios públicos y privados implicado en los procesos asistenciales a las personas enfermas queda obligado a no revelar los datos contenidos en dichos procesos, con excepción de la información necesaria en los casos y con los requisitos previstos expresamente en la legislación vigente.

4. - Se regulará reglamentariamente la constitución de Comités de Ética Asistenciales para que informen y asesoren las actuaciones individuales de asistencia, sin que en ningún caso, sustituyan la decisión del profesional sanitario.

5.- Las reclamaciones por compensación de daños podrán resolverse mediante la terminación convencional de los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

1.5.4.LEY 6/2005, DE 7 DE JULIO, SOBRE LA DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN MATERIA DE LA PROPIA SALUD

Artículo 1.- Objeto de la Ley.

La presente Ley tiene por objeto regular, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, la declaración de voluntades anticipadas, como cauce del ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el futuro en el supuesto de que, llegado el momento, no goce de la capacidad para adoptar decisiones por sí misma.

Artículo 2.- Concepto de declaración de voluntades anticipadas.

A los efectos de esta Ley, se entiende por declaración de voluntades anticipadas la manifestación escrita de una persona capaz que, actuando libremente, expresa las instrucciones que deban tenerse en cuenta sobre la asistencia sanitaria que desea recibir en situaciones que le impidan expresar personalmente su voluntad, o sobre el destino de su cuerpo o sus órganos una vez producido el fallecimiento.

Artículo 3.- Capacidad para otorgar la declaración.

Toda persona mayor de edad, que actúe libremente y que no se encuentre incapacitada judicialmente para emitirla, podrá formular la declaración regulada en esta Ley.

Artículo 4.- Contenido de la declaración.

1.- La declaración de voluntades anticipadas tendrá, en todo o en parte, el siguiente contenido: los cuidados y tratamientos relacionados con su salud que desee recibir o no recibir y, una vez llegado el fallecimiento, la decisión sobre el destino de su cuerpo y sobre los órganos del mismo.

2.- La declaración de voluntades anticipadas podrá contener también la designación de un representante para que, llegado el caso, actúe como su interlocutor con el médico o equipo sanitario para que se cumplan las instrucciones contenidas en la declaración de voluntades anticipadas, debiendo constar por escrito su aceptación.

3.- Podrá ser representante cualquier persona, mayor de edad, que no esté incapacitada legalmente para ello, con las siguientes excepciones:

- a) El notario ante el que se formule la declaración.
- b) El personal del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha.
- c) Los testigos ante los que se formalice el documento.
- d) El personal sanitario que deba aplicar las voluntades anticipadas.
- e) Los gestores o propietarios de instituciones que financien o presten la atención sanitaria del otorgante de la declaración.

Artículo 5.- Formalización del documento.

1.- El documento en el que se expresa la declaración de voluntades anticipadas podrá otorgarse ante:

- a) Un notario.
- b) Un funcionario del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha, que esté habilitado para ello de acuerdo con su Reglamento.
- c) Tres testigos, que deberán ser mayores de edad y con plena capacidad de obrar. Al menos dos de ellos no estarán vinculados con el otorgante con parentesco de hasta tercer grado de consanguinidad o afinidad, por matrimonio o por relación profesional o patrimonial alguna.

2.- El documento emitido ante notario o ante tres testigos podrá ser entregado por el interesado o su representante en el Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha para su inscripción en el mismo. Asimismo, el otorgante podrá requerir al notario para que remita copia autorizada al Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha.

Artículo 6.- Requisitos de la declaración.

1.- El documento en que se formalice la declaración de voluntades anticipadas deberá contener los siguientes extremos:

- a) Los datos de identidad del otorgante y los del funcionario o testigos, así como, en su caso, del representante nombrado, mediante la consignación del nombre, apellidos, domicilio, número del Documento Nacional de Identidad, u otro documento oficial con efectos legales de identificación, en vigor.
- b) La manifestación del funcionario o de los testigos de haber identificado al otorgante por medio de su reseñado documento identificativo.
- c) La declaración de voluntades anticipadas conforme a lo previsto en el artículo 4 de esta Ley.
- d) Lugar, fecha y hora en que se firma.
- e) La firma de quien la otorga y la del funcionario o la de todos los testigos, y en su caso la del representante nombrado, que se entenderá como aceptación de la representación.

2.- El documento otorgado ante notario se formalizará conforme a la legislación notarial.

Artículo 7.- Modificación, sustitución o revocación de la declaración.

1.- El documento de voluntades anticipadas podrá ser modificado, sustituido por otro o revocado en cualquier momento conforme a lo previsto en los artículos anteriores para su otorgamiento.

2.- Si el documento de voluntades anticipadas hubiera sido modificado, sustituido o revocado, se tendrá en cuenta el contenido del último documento otorgado.

Artículo 8.- Eficacia de la declaración.

1.- Las voluntades anticipadas, formalizadas en un documento conforme a lo dispuesto en esta Ley, obligarán al médico, al equipo sanitario o a cuantas personas deban ejecutar lo dispuesto en las mismas.

2.- Las voluntades anticipadas prevalecerán sobre la opinión y las indicaciones que puedan ser realizadas por los familiares, allegados o, en su caso, el representante designado por el autor de la declaración y por los profesionales que participen en su atención sanitaria.

3.- Cuando se preste atención sanitaria a una persona que se encuentre en una situación que le impida tomar decisiones por sí misma, los profesionales sanitarios responsables del proceso deberán consultar si existe en el Registro constancia del otorgamiento de la voluntad anticipada y, en caso positivo, recabarán la misma y actuarán conforme a lo previsto en ella.

4.- No serán aplicadas las instrucciones contenidas en la declaración de voluntades anticipadas que resulten contrarias al ordenamiento jurídico, a la buena práctica médica, ni las que no se correspondan con el supuesto de

hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

Artículo 9.- El Registro de voluntades anticipadas.

1.- Se crea el Registro de Voluntades Anticipadas, dependiente de la Consejería competente en materia de sanidad, para la constancia y custodia de las declaraciones emitidas en el territorio o por residentes de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, así como para el acceso a las mismas.

La inscripción de la declaración en el Registro de Voluntades Anticipadas será eficaz de acuerdo con lo establecido en el ordenamiento jurídico. No obstante, serán asimismo eficaces las declaraciones no inscritas siempre que se hubieran formalizado de acuerdo con lo previsto en esta Ley.

2.- Reglamentariamente se regulará la organización y funcionamiento del Registro, asegurando en todo caso la confidencialidad y el respeto a la legislación de protección de datos de carácter personal así como el acceso a los documentos contenidos en el mismo y garantizando que únicamente tendrán acceso, en el momento en que se deba conocer la declaración, las personas interesadas y los médicos que presten la atención sanitaria.

3.- El Registro guardará la debida coordinación con el Registro Nacional de Instrucciones Previas, con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto por la legislación autonómica.

Artículo 10.- Comunicación de las voluntades anticipadas al médico o al centro sanitario.

1.- El documento de voluntades anticipadas que estuviera inscrito en el Registro de Voluntades Anticipadas será remitido al centro sanitario donde su otorgante sea atendido, a petición de las personas interesadas o de los profesionales sanitarios responsables de su atención.

2.- El documento de voluntades anticipadas aunque haya sido inscrito en el Registro de Voluntades Anticipadas también se puede entregar voluntariamente en el centro sanitario donde su otorgante sea atendido, sin perjuicio de lo dispuesto en el punto anterior.

3.- El documento de voluntades anticipadas que no haya sido inscrito en el Registro de Voluntades Anticipadas debe entregarse en el centro sanitario donde su otorgante sea atendido.

4.- La entrega del documento de voluntades anticipadas en el centro sanitario corresponde a la persona otorgante de la declaración. Si ésta no pudiera entregarlo, lo hará el representante designado en el propio documento, sus familiares, su representante legal, en su caso, o cualquier otra persona que tuviese el documento.

1.6.PLANES DE ATENCION A PERSONAS MAYORES

1.6.1.II PLAN de ATENCIÓN a las PERSONAS MAYORES en Castilla-La Mancha.HORIZONTE 2011

Referencia:

- Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad adoptadas en la Asamblea General del 16 de Diciembre de 1991 Resolución 46/91.
- Principios de la Ley 5/1995, de 23 de marzo, de Solidaridad de Castilla-La Mancha.
- II Asamblea Mundial sobre envejecimiento. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002.

PRINCIPIOS BASICOS

DIGNIDAD
INDEPENDENCIA
SOLIDARIDAD
AUTORREALIZACION
PARTICIPACION
CUIDADOS
PROTECCION

DIGNIDAD

Las personas mayores deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales. Deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas Independientemente de su contribución económica.

INDEPENDENCIA

Las personas mayores tienen derecho a poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible; a tener la posibilidad de vivir en entornos seguros; a tener acceso a programas educativos y de formación adecuados; a poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales; a tener ingresos y apoyo de sus familias que garanticen su autosuficiencia.

SOLIDARIDAD

Se fomentará la solidaridad como valor inspirador de las relaciones entre las

personas y los grupos sociales, en orden a superar las condiciones que dan lugar a situaciones de marginación o desigualdad.

AUTORREALIZACION

Las personas mayores deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial; deberán tener acceso a los recursos educativos, espirituales y recreativos de la sociedad, para poder desarrollar su proyecto de vida.

PARTICIPACION

Las personas mayores tienen derecho a permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes; poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de realizar acciones de voluntariado en puestos apropiados a sus intereses y capacidades; poder formar movimientos o asociaciones de personas mayores.

CUIDADOS

Las personas mayores deberán poder disponer de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad, tener acceso a servicios de atención a la salud, que los ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar las situaciones de dependencia; tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado; tener acceso a medios apropiados de atención institucional o que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en su entorno humano y seguro; poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en Centros Residenciales o Instituciones, con pleno respeto a su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a participar en el funcionamiento del Centro y a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

PROTECCION

La protección social debe ser universal, solidaria y equitativa, evitando desigualdades y agravios comparativos, y promoviendo soluciones dignas para las personas mayores.

EJES ESTRATEGICOS 1

GARANTÍA DE DERECHOS Y PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

GARANTÍA DE DERECHOS

1.OBJETIVO GENERAL

Garantizar el respeto y la defensa de los derechos de las personas mayores en condiciones de igualdad, en el marco de la Constitución Española, en el Estatuto de Castilla-La Mancha y el resto del ordenamiento jurídico.

OBJETIVO ESPECIFICO

Desarrollar los mecanismos que garanticen los derechos y la protección de las personas mayores de Castilla-La Mancha.

OBJETIVOS OPERATIVOS

1.1.1.Propiciar la creación de un área de defensa de los intereses de las personas mayores en el ámbito de la Institución Defensora del Pueblo de Castilla-La Mancha, que permita garantizar los derechos y la protección de las personas mayores en Castilla-La Mancha.

1.1.2.Elaborar las bases de la Ley de Garantías y Derechos de las personas mayores en Castilla-La Mancha, que haga posible la igualdad de trato en la organización, medios o características de los programas, servicios o instituciones dedicados a su atención.

1.1.3.Elaborar un informe anual en el que se evalúe el cumplimiento de los derechos de los usuarios y de las usuarias de los distintos servicios que se prestan.

1.1.4.Evaluar, adecuar y difundir la normativa existente en materia de protección y atención a las personas mayores.

1.2.OBJETIVO ESPECIFICO

Facilitar la defensa de los legítimos intereses de las personas mayores, articulando un sistema de atención integral.

OBJETIVOS OPERATIVOS

1.2.1.Potenciar los servicios de información, valoración y orientación, sociales y sanitarios.

1.2.2.Diseñar los instrumentos que propicien el conocimiento de los derechos e intereses de las personas mayores con el fin de evitar su vulneración y poder ejercer las acciones administrativas o judiciales que correspondan.

1.2.3. Realizar campañas informativas sobre los servicios sociales básicos y los recursos sociales para las personas mayores en Castilla-La Mancha.

1.2.4. Incrementar la capacidad de los servicios de información y orientación, incidiendo especialmente, sobre sus derechos y obligaciones, los recursos sociales existentes y las formas de acceso, así como ofrecer asesoramiento sobre las ofertas o situaciones que afecten a sus legítimos intereses económicos y sociales.

1.2.5. Realizar campañas de sensibilización dirigidas a la sociedad en general sobre las personas mayores, con el fin de que se tenga un mayor y mejor conocimiento del proceso de envejecimiento, entendido como una fase más del ciclo vital, favoreciendo con ello una mejor percepción de la problemática específica de las personas mayores y su integración social.

1.2.6. Desarrollar programas de orientación jurídica en todos los centros de mayores de titularidad pública de Castilla-La Mancha.

1.2.7. Desarrollar actuaciones con el fin de que las personas mayores puedan conocer en un lenguaje comprensible el valor y alcance del otorgamiento de instrumentos públicos, especialmente cuando ello implique la pérdida de la propiedad o de la posesión, el establecimiento de cargas o la atribución a un tercero de facultades de disposición o administración sobre sus bienes.

1.2.8. Colaborar con las corporaciones locales para el desarrollo en su territorio de programas de información sobre los derechos de las personas mayores y los procedimientos para hacerlos efectivos.

1.3.OBJETIVO ESPECIFICO

Garantizar los derechos de las personas mayores impidiendo su desprotección o desamparo en su entorno habitual.

OBJETIVOS OPERATIVOS

1.3.1. Difundir los derechos y obligaciones de las personas usuarias de los servicios para mayores velando por su reconocimiento y respeto.

1.3.2. Asegurar la atención y defensa de las personas mayores incapacitadas judicialmente, a través de los recursos de la comunidad y en su entorno más cercano.

1.4.OBJETIVO ESPECIFICO

Establecer ayudas económicas que permitan a las personas mayores con menos recursos, incrementar su renta mínima.

OBJETIVOS OPERATIVOS

1.4.1. Establecer ayudas entre 400 y 1.000 euros anuales para las personas viudas.

1.4.2. Establecer ayudas anuales para pensionistas con menos recursos.

PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

2.OBJETIVO GENERAL

Garantizar la protección de las personas mayores con el fin de evitar la vulneración de sus derechos, previniendo, detectando y dando solución a las situaciones de desamparo y maltrato que se puedan producir.

2.1.OBJETIVO ESPECIFICO

Revisar y desarrollar la normativa que ponga en marcha los mecanismos necesarios que permitan prevenir las situaciones de desamparo y maltrato de las personas mayores.

OBJETIVOS OPERATIVOS

2.1.1. Desarrollar programas de formación dirigidos a profesionales que permitan conocer la normativa vigente en materia de protección jurídica de personas mayores incapacitadas.

2.1.2. Desarrollar programas de formación dirigidos a familiares y entidades que tengan que ejercer la protección jurídica de personas mayores incapacitadas que permitan conocer la normativa vigente en materia de protección de personas mayores incapacitadas.

2.1.3. Propiciar los medios que permitan que toda persona en situación de dependencia y con capacidad suficiente, pueda libremente elaborar un documento de voluntad anticipada, de acuerdo con la normativa vigente.

2.1.4. Establecer medidas que faciliten la protección jurídica y económica de las personas mayores que sufren demencias o deterioros cognitivos que originen pérdida de capacidad y autonomía personal.

2.1.5. Garantizar la protección jurídica y económica de las personas mayores incapacitadas.

2.1.6. Promover la creación de comités de ética y bioética para valorar, prevenir y favorecer una atención digna y respetuosa con los valores y voluntades expresadas libremente por las personas mayores con capacidad para tomar decisiones, propiciando su coordinación con los existentes

2.1.7. Potenciar los recursos y funciones de la Comisión de Tutela de Castilla-La Mancha que garantice el cumplimiento de sus objetivos.

2.1.8.Desarrollar los procedimientos que permitan detectar y actuar con agilidad y eficacia ante situaciones de desamparo y maltrato.

2.2.OBJETIVO ESPECIFICO

Implementar programas que propicien la detección, evaluación y erradicación del maltrato a las personas mayores en los diferentes ámbitos.

OBJETIVOS OPERATIVOS

2.2.1.Sensibilizar y educar a la sociedad para garantizar la eficacia en la política de prevención de los diferentes tipos de maltrato.

2.2.2.Desarrollar programas de prevención del maltrato mediante la detección de situaciones que lo propicien.

2.3.OBJETIVO ESPECIFICO

Implementar y desarrollar programas que propicien la detección, evaluación y erradicación del maltrato a las personas mayores en situación de dependencia en los diferentes ámbitos.

OBJETIVOS OPERATIVOS

2.3.1.Desarrollar campañas de sensibilización social sobre la desatención y maltrato a personas mayores en situación de dependencia.

2.3.2.Reforzar las iniciativas de prevención y detección de la exclusión social, desprotección o maltrato sobre personas mayores en situación de dependencia.

2.3.3.Aumentar la información y sensibilización social sobre la repercusión de la dependencia entre las personas mayores y sus familias.

2.3.4.Establecer un protocolo básico de intervención ante situaciones de maltrato.

2.3.5.Colaborar con las corporaciones locales en coordinación con los servicios sociales de base en el desarrollo de programas de intervención comunitaria para prevenir, detectar y atender a las personas mayores que se encuentren en situación de riesgo, desatención o maltrato.

INSPECCION

3.OBJETIVO GENERAL

Asegurar la adecuada atención en los centros y servicios en condiciones de igualdad, de acuerdo a los criterios contenidos en la normativa específica que los regule.

3.1.OBJETIVO ESPECIFICO

Fortalecer los sistemas de inspección en los servicios y recursos destinados a las personas mayores con el fin de adecuarse al crecimiento experimentado en los últimos años.

OBJETIVOS OPERATIVOS

3.1.1.Evaluar el sistema de inspección en el funcionamiento de los recursos existentes.

3.1.2.Aplicar las medidas de inspección y control para el cumplimiento de las normas sobre condiciones mínimas de los centros y servicios de atención a personas mayores, así como de accesibilidad y eliminación de barreras.

3.1.3.Garantizar el cumplimiento de los compromisos establecidos en las cartas de servicio de los recursos existentes.

3.1.4.Revisar y actualizar los sistemas de control de los recursos públicos. Evaluar la eficacia del régimen sancionador y propuestas de modificación normativa.

3.2.OBJETIVO ESPECIFICO

Promover el desarrollo de la normativa de atención a la dependencia, accesibilidad y Centros de mayores garantizando su aplicación en los servicios establecidos en la región.

OBJETIVOS OPERATIVOS

3.2.1.Aplicar las medidas de inspección y control para el cumplimiento de las normas sobre condiciones mínimas de los centros y servicios de atención a personas mayores, así como de accesibilidad y eliminación de barreras.

1.6.2.PLAN DE ACCIÓN PARA LAS PERSONAS MAYORES 2003-2007

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES SECRETARÍA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES INSTITUTO DE MIGRACIONES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO)

Principios Básicos

Los principios en los que se inspira el presente Plan son seis. Cinco de ellos atañen directamente a los destinatarios del Plan, las personas mayores. Y uno, está más próximo a las estrategias del Plan, legitimando su propia razón de ser.

Los principios son:

(Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas mayores.
Asamblea General de Naciones Unidas, Resolución 46/91, 16-12-1991)

- Dignidad.
- Independencia.
- Autorrealización.
- Participación.
- Cuidados asistenciales

Y otro que atañe a las estrategias del Plan:

- Cooperación.

Área I.- Igualdad de oportunidades

Objetivo 1:

Promover la autonomía y la participación plena de las personas mayores en la Comunidad, en base a los principios del 'Envejecimiento activo'.

Estrategia 14.: Desarrollar programas que propicien la detección, evaluación y erradicación del maltrato a las personas mayores en los ámbitos familiar, institucional y social.

1.1.14.1.- Sensibilización y educación de los ciudadanos para garantizar la eficacia en la política de prevención adecuada de los diferentes tipos de maltrato.

1.1.14.2.- Adecuación legislativa del delito de maltrato, estudio y continuación Del Plan Estatal contra la violencia doméstica, a efectos de que el maltrato a las personas mayores tenga una tipificación legal más precisa, clara y eficaz.

1.1.14.3.- Programa de prevención del maltrato mediante detección de situaciones que lo propicien.

1.1.14.4.- Dispositivos para disminuir las cargas familiares y las situaciones de estrés que conllevan los casos de atención urgente. Habilitación de recursos de emergencia.

1.1.14.5.- Aplicación de protocolos de detección del maltrato en centros Sanitarios, sociales y sociosanitarios, especialmente para evitar el establecimiento de medidas de contención física y de intervención farmacológica abusiva.

1.1.14.6. Intervención en Instituciones para erradicar el maltrato a las personas mayores atendidas en las mismas.

1.1.14.7.- Implicación eficaz de los poderes públicos y sensibilización respecto a la gravedad del problema, poniendo a disposición todos los medios posibles para el castigo de los agresores.

1.1.14.8.- Apoyo a las personas mayores maltratadas para que puedan liberarse de las secuelas del maltrato.

1.1.14.9.- Programas dirigidos a los maltratadores o presuntos maltratadores, para que no vuelvan a reincidir en acciones delictivas o inadecuadas hacia las

personas mayores.

Estrategia 15.: Conseguir la máxima protección jurídica a las personas mayores dentro del marco legal existente, propiciando las reformas oportunas.

1.1.15.1.- Fomento de una cultura legal a todos los niveles que tenga en cuenta a la hora de legislar a las personas mayores y sus especificidades.

1.1.15. 2.- Promoción de informes que faciliten reformas a nivel del Código Civil, Código Penal, Ley de Enjuiciamiento Civil etcétera, en relación con la adecuación específica, a las personas mayores, de instituciones jurídicas tales como la incapacitación y la tutela y otras medidas de protección.

1.1.15.3.- Fomento, apoyo y sostenimiento de las Fundaciones Tutelares de Personas Mayores.

1.1.15.4.- Desarrollo de sistemas de coordinación y compensación interterritorial para evitar la discriminación por circunstancias personales tales como la edad o el lugar de nacimiento o residencia.

1.1.15.5. – Sensibilización social sobre determinados principios generales del derecho que tienen que ver con la dignidad de la persona, independientemente de la edad, tales como la autonomía personal, la igualdad de todos los ciudadanos ante la ley y ante los recursos existentes en la sociedad, la justicia social o distributiva etc...

Objetivo 2:

Avanzar en las políticas de protección a las personas mayores en situación de dependencia.

Estrategia 3.: Profundizar en las exigencias del Derecho y de la Bioética a fin de salvaguardar al máximo la dignidad de las personas mayores.

1.2.3.1.- Introducción de temas legales y éticos en los Planes de Formación, para incidir en la formación de profesionales, a fin de que ejerzan en todas las áreas del sector, los contenidos éticos y humanistas adquiridos.

1.2.3.2.- Promoción de Comités asistenciales de Bioética en los Centros residenciales gerontológicos de mayor entidad.

1.2.3.3. Promoción de un Foro de debate anual sobre cuestiones ético-legales que surgen en la práctica socio-sanitaria con las personas mayores y publicación anual de las conclusiones de los Foros para difundir orientaciones en la materia.

1.2.3.4.- Difusión de las actividades programadas anualmente por las entidades especializadas en el tema e impulso de la participación en las mismas.

2.ALGUNOS PROCESOS FUNDAMENTALES

- **Consentimiento informado**
- **Autotutela**
- **Incapacitación Judicial**
- **Confidencialidad**

2.1.CONSENTIMIENTO INFORMADO

La normativa sanitaria estatal (Ley de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, 2002), define como tal la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada con el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud.

Todas las actuaciones sanitarias requieren, con carácter general, el consentimiento previo de las personas interesadas que deberá efectuarse por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

Así mismo éstas tienen derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles y hacer constar, de forma fehaciente, su negativa al tratamiento excepto en los casos de riesgos para la salud pública o para la integridad física o psicológica de la persona afectada y no sea posible conseguir su autorización. En estas situaciones se procurará consultar a sus familiares u otras personas con un grado de relación análogo.

La obligación de informar sobre cualquier aspecto sanitario o del estado de salud también puede soslayarse cuando la persona interesada no quiera ser informada, ejerciendo su derecho a no saber (Convenio de Oviedo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina, 1997).

¿Cuándo y cómo se lleva a cabo?

El consentimiento informado será verbal por regla general, y se prestará por escrito en intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en los procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. El/la profesional responsable deberá ponderar en cada caso

que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito de la persona atendida.

Toda persona usuaria tiene derecho a ser advertida sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

¿Se puede revocar?

Sí, el consentimiento puede revocarse libremente por escrito en cualquier momento.

¿Puede la persona atendida renunciar a recibir información?

Sí, podrá renunciar a recibir información, pero esta renuncia está limitada por el interés de su propia salud, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando manifieste expresamente su deseo de no recibir información, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

¿Cuándo no se requiere?

Podrán llevarse a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud de una persona, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

- Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas
- Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica de la persona usuaria y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares u otras personas allegadas.

¿En qué casos se puede otorgar el consentimiento por representación?

Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

- Cuando la persona no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del equipo médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si carece de

representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas allegadas por vínculos familiares o de hecho

- Cuando la persona esté incapacitada legalmente
- Cuando la persona sea menor de edad o no tenga capacidad para comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del/a menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados/as, pero emancipados/as o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio clínico, se informará a su padre y madre considerando su opinión al tomar la decisión correspondiente

¿Qué información previa debe proporcionarse?

Antes de recabar el consentimiento de la persona interesada se ofrecerá la información básica siguiente:

- Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad
- Los riesgos relacionados con sus circunstancias personales o profesionales. paciente
- Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención
- Las contraindicaciones

2.1.1.ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO, 1995

1.- CONSIDERACIONES GENERALES

1.1. Todo paciente tiene derecho a que se le informe de su enfermedad y de las circunstancias relevantes que ésta implica, desde que se establece la relación con su médico.

La información en la relación asistencial es un deber ineludible del profesional y, por lo tanto, debe constituir un acto clínico más, tan importante como cualquier otro en las tareas que competen a aquél.

La información recibida por el paciente debe entenderse como un proceso gradual y continuado a lo largo de todo el proceso asistencial, que se realiza en

el seno de la relación médico-enfermo durante todo el proceso, y que debe permitir que el paciente participe activamente en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

1.2. En el ámbito de la relación sanitaria dentro del Sistema Nacional de Salud el proceso de información y participación del paciente no se realiza todavía con carácter general de manera satisfactoria.

Modificar esta situación supone un profundo cambio cultural, que no puede desarrollarse de manera brusca, pero que requiere en todo caso el establecimiento de formas concretas de información y participación de los pacientes en los procesos de diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

1.3. Los procesos de información y consentimiento por parte de los pacientes se desarrollan básicamente a través del intercambio verbal. Sin embargo, algunos aspectos de esos procesos pueden quedar registrados y documentados por escrito.

La consideración sobre la conveniencia del registro escrito del consentimiento informado es variable en diferentes países de nuestro entorno. En nuestro país, en todo caso, es obligada la implantación de formas de registro como la mencionada, como consecuencia de lo establecido en el Artículo 10 de la Ley General de Sanidad.

1.4. Conforme a lo establecido en la citada norma, los documentos de información y consentimiento deben cumplir diversas finalidades:

- La primera de ellas, y la más importante, servir de medio de apoyo al proceso de consentimiento, facilitando la transmisión de una información completa, veraz y comprensible para el paciente.

- Por otra parte, siempre que se haya acompañado de la suficiente información verbal, el documento escrito puede coadyuvar eficazmente a proteger a los profesionales sanitarios de posibles denuncias por falta de información al paciente o por información deficiente.

La utilización de documentos de consentimiento no puede surtir efectos de exoneración de responsabilidad de los profesionales en el desarrollo de sus actuaciones y, por esa razón, referencias o cláusulas que tengan esa finalidad no deben constar en los documentos de consentimiento informado, ni deben tampoco tratar de ser utilizados para esos fines.

1.5. Aunque los procedimientos médicos son muy parecidos en todo el mundo desarrollado, las diferencias culturales inciden de manera importante en la comunicación entre médico y paciente.

Por ello, es mucho más fácil establecer pautas de utilización de técnicas y tecnologías que modelos únicos de información y soporte escrito del consentimiento informado.

Por otra parte, es imposible informar por escrito a un paciente de todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le pueden realizar en el curso de su asistencia, lo que supondría una burocratización inaceptable de la actuación médica.

Las fórmulas de consentimiento general, de otro lado, no garantizan la información y, por ello, carecen de valor desde el punto de vista legal.

Todas esas razones conducen a considerar como lo más adecuado y prioritario la elaboración de documentos específicos referidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos determinados que conlleven un cierto grado de riesgo. Esos documentos deben ser elaborados por los profesionales, teniendo en cuenta las peculiaridades de cada centro y servicio.

1.6. En el marco de lo señalado en el apartado anterior, sí es posible, sin embargo, establecer una orientación general sobre los contenidos de los documentos de consentimiento informado, de forma que reflejen unos aspectos mínimos semejantes. Dichas pautas se indican en el apartado siguiente de este informe.

2.- CONTENIDOS DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

En todo documento escrito específico de consentimiento informado deben figurar los siguientes apartados, enunciados de forma breve y en lenguaje comprensible, de manera que los conceptos médicos puedan entenderse por la generalidad de los usuarios:

- Datos personales del paciente.
- Nombre y apellidos del médico que informa, que no tiene necesariamente que ser el mismo que realice el procedimiento en el que se consiente.
- Nombre del procedimiento que se vaya a realizar, con explicación breve y sencilla del objetivo del procedimiento, en qué consiste el mismo y la forma en que se va a llevar a cabo.
- Descripción de las consecuencias seguras de la intervención, que deban considerarse relevantes o de importancia, como por ejemplo, la pérdida de un miembro.
- Descripción de los riesgos típicos del procedimiento.
- Se entiende por tales aquéllos cuya realización deba esperarse en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia. Se incluyen también aquellos que, siendo infrecuentes pero no excepcionales, tienen la consideración clínica de muy graves.
- Descripción de los riesgos personalizados.

- Deben entenderse por éstos los que están relacionados con las circunstancias personales de los pacientes y hacen referencia al estado previo de salud, a la edad, a la profesión, a las creencias, valores y actitudes de los pacientes, o a cualquier otra circunstancia de análoga naturaleza.
- A criterio del facultativo puede incluirse la información que haga referencia a las molestias probables del procedimiento y sus consecuencias.
- Declaración del paciente de haber recibido información acerca de los extremos indicados en los apartados anteriores, así como de alternativas diferentes al procedimiento, con pros y contras, de forma que el paciente participe, si así lo desea, en la elección de la más adecuada, y que dicha elección tenga en cuenta sus preferencias.
- Manifestación del paciente acreditativa de estar satisfecho con la información recibida y de haber obtenido información sobre las dudas planteadas y sobre la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento informado, sin expresión de causa, así como la expresión de su consentimiento para someterse al procedimiento.
- Fecha y firmas del médico que informa y del paciente.
- Apartado para el consentimiento a través de representante legal en caso de incapacidad del paciente.
- Apartado para la revocación del consentimiento, que deberá figurar en el propio documento.

3.- ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y FUNCIONALES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

3.1. El cumplimiento de los objetivos y funciones de los documentos de consentimiento informado exigen que el paciente, o su representante, reciban la información y el documento con la antelación suficiente y, en todo caso, al menos 24 horas antes del procedimiento correspondiente, siempre que no se trate de actividades urgentes.

3.2. No deben considerarse válidos los documentos genéricos. El consentimiento escrito prestado para una intervención no debe resultar válido para otra diferente.

3.3. Los documentos de consentimiento informado deben extenderse por duplicado, uno de ellos a disposición del paciente, debiendo quedar el otro en la institución sanitaria, incorporado a la historia clínica correspondiente.

3.4. El destinatario de la información es el paciente y, como consecuencia, con carácter general debe ser éste el que otorgue y firme el consentimiento, salvo las excepciones establecidas en el Artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad.

Cuando el paciente no quiera recibir la información, ésta debe transmitirse a los familiares o en su defecto a la persona que designe. Si el paciente prohibiera la transmisión de la información a los familiares o allegados, debe hacerse constar así en un documento firmado por el médico que informe con testigos, sin perjuicio de obtener el consentimiento del paciente para los procedimientos correspondientes. Cuando a juicio facultativo el paciente, aún siendo mayor de edad, no tenga capacidad de discernimiento para decidir acerca de una intervención, debe requerirse el consentimiento informado de los parientes o allegados más próximos. El consentimiento informado debe ser firmado por los menores cuando, a juicio facultativo, reúnan las condiciones de madurez suficientes para otorgarlo, de conformidad con lo previsto en el Artículo 162.1 del Código Civil.

3.5. En el ámbito de las instituciones sanitarias, los protocolos de consentimiento informado por escrito deben desarrollarse por los servicios correspondientes, teniendo en cuenta las circunstancias específicas de la institución sanitaria. Una vez desarrollados de esa forma, deben ser avalados, antes de su puesta en funcionamiento, por un órgano técnico médico designado por la dirección de la institución. En aquellas instituciones en las que exista comité ético asistencial, ésta deberá aprobar dichos protocolos.

3.6. Los documentos de consentimiento informado a los que se viene haciendo referencia no son de aplicación a proyectos de investigación en medicina, procedimientos de extracción de órganos ni situaciones de urgencia, ni a otros procedimientos que no se refieran a procesos claramente patológicos, como los reseñados, tengan o precisen exigencias específicas.

3.7. La selección de aquellos procedimientos que, conforme a lo señalado en el apartado 1.5., sean más adecuados para la implantación de documentos de consentimiento informado, debe hacerse con el acuerdo de los profesionales, a través de las organizaciones científicas o grupos técnicos correspondientes, que, asimismo, deben constituir el apoyo fundamental para la definición de los riesgos típicos de las diferentes actuaciones médicas.

2.2.LA AUTOTUTELA

Se refiere a la existencia de la posibilidad, para personas con suficiente capacidad de obrar (consciente de sus actos y de forma voluntaria), en previsión de ser incapacitadas judicialmente en el futuro, de adoptar en documento público notarial cualquier disposición sobre su propia persona o bienes, incluida la designación de tutor o tutora.

En ese último caso, quien figure en el documento de autotutela, incorporado al Registro Civil, será, preferentemente, la persona escogida por el juzgado para ejercer la tutela.

2.3.LA INCAPACITACIÓN JUDICIAL

Es un procedimiento mediante el que un juzgado determina que una persona está privada de la capacidad para gobernarse a sí misma, aplicando un régimen de protección especial, de tutela o curatela, para salvaguardar su integridad personal y su patrimonio.

La tutela atribuye esa responsabilidad a otra persona que, nombrada por el juzgado, actuará como su representante en todos aquellos actos jurídicos o decisiones sobre sus condiciones de vida que deban adoptarse.

La curatela, por su parte, no suprime totalmente sino que limita la capacidad de obrar de la persona protegida que, en las situaciones establecidas por el juzgado, se encargará de ratificar sus actos.

La incapacidad judicial se declara, a través de una sentencia firme, sobre personas de cualquier edad que padezcan alguna enfermedad o deficiencia persistente, de carácter físico o psicológico, que anule su autonomía y capacidad de decisión en la totalidad o parte de los ámbitos en que se desarrolla la vida diaria. La sentencia de incapacidad se equipara, de forma automática, con un grado de discapacidad del 33% permitiendo el acceso a los beneficios asistenciales y fiscales que comporta.

Todos los procedimientos de incapacidad pueden revisarse, activándose o suspendiendo sus efectos, con arreglo a los cambios en la situación que los motivaron. Las sentencias de incapacidad se encuentran inscritas en el Registro Civil.

2.4.CONFIDENCIALIDAD

Los datos personales referidos a la salud se relacionan necesariamente con la identidad y la vida privada, lo que los hace extraordinariamente delicados. Además, la tecnología de la información y de la comunicación determina la posibilidad de una amplísima circulación de estos datos.

Teniendo en cuenta que el *derecho de respeto a la vida privada* exige garantizar la confidencialidad de los datos de salud y obtener para su adquisición el consentimiento informado de la persona, tenemos que preocuparnos de no tratar esta información como simples objetos de transacción comercial. Por lo tanto, la obtención y el acceso a los datos médicos tienen que estar limitados a las personas que los utilicen legítimamente.

Esto significa que:

- Siempre que sea posible, los datos tienen que obtenerse directamente de la propia persona.
- Hay que saber quién utiliza los datos y con qué propósito.
- Toda persona tiene derecho a oponerse a la utilización de sus datos de salud para objetivos secundarios no legalmente exigidos.

En relación con la *confidencialidad*, hay que tener en cuenta que el fenómeno de la estandarización es inherente a la tecnología de la información y de la comunicación, en particular en el sector sanitario, en el cual se utilizan cada vez con mayor frecuencia sistemas de clasificación y de codificación (protocolos clínicos, códigos de diagnóstico, listas para efectuar reconocimientos sistemáticos, etc.). Dado que estos estándares no son neutros, sino que implican unas opciones relacionadas con los valores personales o sociales imperantes (p. ej., efectividad frente a confidencialidad, beneficio colectivo frente a privacidad, autonomía profesional frente a garantía de calidad), hay que insistir en su transparencia y en la necesidad de someterlos a una posible evaluación por parte de organismos independientes.

Además, la utilización de estos datos para objetivos que pretendidamente constituyan un beneficio global para la población, tendrán que justificarse dentro del contexto de los derechos antes citados.

Los principios de la Convención Europea de los Derechos Humanos, las normas de la Convención del Consejo de Europa para la protección de las personas en relación con el procesamiento automatizado de datos personales, la directiva europea 95/46/EC para la protección de datos personales y, especialmente, la recomendación nº R (97) 5 del 13 de febrero de 1997, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre protección de datos médicos constituyen, en conjunto, unos puntos de referencia esenciales para el manejo de cuestiones éticas de la atención sanitaria en la sociedad de la información, y una base legal que han de desarrollar los estados europeos.

2.5.CONTRATO DE ALIMENTOS Y DERECHO DE HABITACIÓN

Se entiende por derecho de habitación, para las personas con discapacidad que lo precisen, la facultad de continuar residiendo en la vivienda habitual al ejecutar la distribución de los bienes ligados a las herencias.

Los contratos de alimentos están destinados a garantizar la subsistencia de las personas mayores y con discapacidad, a través de la transmisión a otra

persona o Entidad de los medios necesarios para asegurar su atención integral (alimentación, vestido, vivienda y asistencia de todo tipo).

3.DEONTOLOGIA Y ETICA PROFESIONAL

3.1.DEONTOLOGIA

3.1.1.Orígenes

El término deontología fue introducido hace cerca de 175 años por J.Bentham en su obra "Deontología o Ciencia de la Moral" (1834) para referirse a la rama de la ética dedicada a los fundamentos del deber y las normas morales (Teoría del deber). Para Bentham la base de la deontología, concebida como "ciencia pragmática de la conducta" (cómo y por qué se actúa), reside en su capacidad para proporcionar la máxima felicidad al mayor número de personas.

3.1.2.Concepto

Ciencia o tratado de los deberes, la parte de la moral que se ocupa de los deberes y obligaciones de cada profesión. Estos deberes y obligaciones van más allá de lo regulado por las normas legales puesto que se sitúan, con una perspectiva amplia y abierta, en el terreno de lo que "debe" o "debería" exigirse al desempeñar una profesión de forma plenamente satisfactoria.

Funciones

- Fijar una serie de criterios, de carácter científico-funcional, para el ejercicio de la profesión de que se trate al objeto de dar operatividad y eficacia a las actividades ejercidas en el ámbito cubierto por las normas establecidas.
- Refundir orientaciones éticas para el ejercicio de la profesión.
- La posibilidad de imponer sanciones disciplinarias a los colegiados que incumplan los dictados de los códigos deontológicos.

RELACIONES ENTRE EL DERECHO, LA DEONTOLOGIA Y LA ETICA

La deontología ocupa una posición intermedia o equidistante entre los ámbitos del derecho y la ética. Comparte con el derecho su orientación hacia el deber (lo que se tiene que hacer) y se encarga, como la ética, de la dimensión moral de las acciones realizadas (prácticas buenas o malas).

Se distingue de la ética por mantenerse en una pequeña parcela del mundo de las prescripciones morales: las reglas profesionales.

La deontología profesional se refiere al cumplimiento de las normas de actuación establecidas en cada profesión o actividad a través, principalmente, de los códigos deontológicos.

DEONTOLOGIA Y CODIGOS DEONTOLOGICOS

Deontología y Código Deontológico no deben utilizarse como sinónimos dado que los códigos sólo recogen una parte del ámbito deontológico, la aprobada expresamente por los órganos de participación y representación de cada Colegio Profesional.

Los códigos deontológicos son los instrumentos más importantes de autorregulación corporativa para las personas que pertenece a una determinada profesión y está constituido por los principios, normas y criterios que caracterizan la realización correcta de sus tareas y cometidos.

3.2.ETICA PROFESIONAL

La ética profesional recoge los principios, métodos y prácticas vinculadas con el desempeño adecuado de un rol profesional (funciones, actitudes, actividades, procedimientos y técnicas). Junto a la responsabilidad personal, la “conciencia profesional” es un componente esencial de la ética. Se caracteriza por el empeño en respetar la escala de valores de una profesión, procurando actuar con la máxima competencia y honestidad en consonancia con las normas sociales y legales existentes.

Conlleva un compromiso permanente con las funciones y tareas que se desarrollan, insistiendo en el análisis y aplicación de alternativas que mejoren la calidad de las intervenciones efectuadas y el nivel de satisfacción de las personas a las que se dirigen. Asimismo, la aplicación del sentido ético en el ejercicio profesional se caracteriza por los valores de justicia, responsabilidad, confidencialidad y honestidad.

3.3.DEONTOLOGIA Y ETICA PROFESIONAL

Las diferencias principales entre la deontología y la ética profesional residen en que, ésta última:

- Se centra en desarrollar “el bien”, frente al respeto deontológico del “deber”.

- No se basa en normas formales, frente a las reglamentaciones y códigos deontológicos.
- Pertenece a la conciencia profesional individual (convicciones internas), frente al carácter colectivo de la deontología (reglas aprobadas corporativamente que reflejan la mirada ética común o mayoritaria).
- Se impone el desarrollo de resultados “máximos”, frente a la orientación deontológica sobre el cumplimiento de los “mínimos” obligatorios establecidos.
- Tiene unos límites difíciles de precisar (lo que debe y podría ser), frente al ámbito más tangible de la deontología (lo que debe ser).

Etica y Deontología

ETICA PROFESIONAL	DEONTOLOGIA
Desarrollar “el bien”	Respeto deontológico del “deber”
No se basa en normas formales	Reglamentaciones y códigos deontológicos
Pertenece a la conciencia profesional individual (convicciones internas)	Carácter colectivo (reglas aprobadas corporativamente que reflejan la mirada ética común o mayoritaria)
Conseguir resultados “máximos”	Cumplimiento de los “mínimos” obligatorios establecidos
Delimitación genérica e indefinida (lo que debe y podría ser)	Delimitación específica (lo que debe ser)

3.4.CODIGO DE CONDUCTA EN LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS

3.4.1. ESTATUTO BÁSICO DEL EMPLEADO PÚBLICO (2007)

El código de conducta del personal, laboral o funcionario, al servicio de las Administraciones Públicas, se inspira en los principios de:

- Objetividad.
- Integridad.
- Neutralidad.
- Responsabilidad.
- Imparcialidad.
- Confidencialidad.
- Dedicación al servicio público.
- Transparencia.
- Ejemplaridad.

- Austeridad.
- Accesibilidad.
- Eficacia.
- Honradez.
- Promoción del entorno cultural y medioambiental.
- Respeto a la igualdad entre mujeres y hombres.

Así mismo, se señala que la actuación y condiciones de trabajo del personal, laboral o funcionario, estará basada en los siguientes principios:

ETICOS

- Respeto a la Constitución Española y el resto del ordenamiento jurídico.
- Basar sus actuaciones en la satisfacción a los intereses generales de la ciudadanía utilizando criterios objetivos que promuevan la imparcialidad y el interés común.
- Evitar la producción de discriminaciones por razón de nacimiento, origen racial o étnico, género, sexo, orientación sexual, religión o convicciones, opinión, discapacidad, edad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- Actuar de acuerdo a los principios de eficacia, economía y eficiencia.
- Cumplir con diligencia las tareas que les correspondan o se les encomienden, resolviendo dentro de plazo los procedimientos o expedientes de su competencia.
- Ejercer sus atribuciones según el principio de dedicación al servicio público.

DE CONDUCTA

- Obedecer las instrucciones y órdenes profesionales de sus superiores, salvo que constituyan una infracción manifiesta del ordenamiento jurídico que deberá poner en conocimiento de los servicios de inspección.
- Informar a la ciudadanía sobre las materias o asuntos que tengan derecho a conocer, facilitando el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.
- Rechazar los regalos, favores o servicios en condiciones ventajosas que vayan más allá de los usos habituales, sociales y de cortesía.

4.BIOETICA

4.1.FUNDAMENTOS Y PRINCIPIOS BASICOS

4.1.1.Informes Portal Mayores nº 4. García Férrez, José. Univ. Pontificia de Comillas. Cátedra de Bioética, 2003

Si nos atenemos a su origen etimológico podemos establecer que este vocablo proviene de las palabras griegas: *bios* (vida) y *ethos* (ética). Su propósito, por tanto, es hacer intercalar estas dos realidades: ética y vida.

Bio	→	Representa los conocimientos biológicos y/o médicos
Etica	→	Representa los sistemas de principios y valores humanos

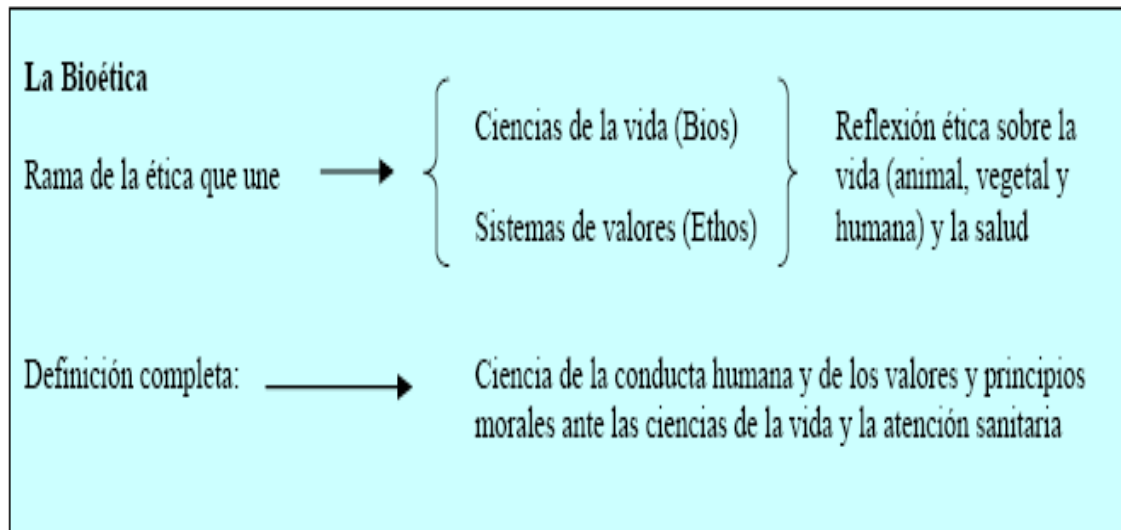
Históricamente la Bioética surge de la llamada ética médica tradicional, centrada en la relación médico-paciente, esto es, en las pautas de conducta que los médicos debían tener hacia sus pacientes (desde el Juramento de Hipócrates, s. V a.C. hasta el Código de Etica Médica de Thomas Percival de 1803), aunque su expresión es mucho más reciente, data de la década de los setenta del siglo XX y pertenece al ámbito norteamericano. Si bien habría que remontarse a los albores del comienzo de la medicina y al desarrollo histórico de la misma, el término "Bioética" fue acuñado por vez primera por el cancerólogo estadounidense y profesor de la Universidad de Wisconsin (Madison) Rensselaer Van Potter, en su artículo *Bioethics, the Science of Survival* (bioética, la ciencia de la supervivencia, 1970), así como en su libro titulado *Bioethics: a bridge to the future* (Bioética: un puente hacia el futuro, 1971). En esta obra aparece concebida la Bioética como una rama del saber que se sirve de las ciencias biológicas para mejorar la calidad de vida y que reflexiona en torno a los retos que plantea el desarrollo de la biología a nivel medioambiental y de población mundial, pero también como una ciencia que combina el conocimiento biológico con el conocimiento de los sistemas de valores humanos. Potter entendía la bioética como una disciplina que fuese puente entre dos esferas del saber históricamente separadas: las ciencias y las humanidades.

Pero en el origen de este neologismo encontramos otro personaje que también se apropia la paternidad de esta denominación. Fue el obstetra holandés, André Hellegers, quien seis meses después de la aparición del mencionado libro de Potter, utilizó este término para dar nombre al Centro Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics en la Universidad de Georgetown (Washington, D.C.). Además de incluir este término en la denominación de su instituto, la preocupación de Hellegers por los retos del desarrollo médico-tecnológico le impulsó a crear un grupo de discusión formado por médicos, filósofos y teólogos (católicos, protestantes y judíos) para tratar de deliberar sobre algunos problemas derivados de dicho progreso. El legado de Hellegers también radica en intentar formar un nexo de unión entre la medicina, la filosofía y la ética. Esta doble paternidad y doble enfoque de la bioética (ética ecológica de Potter y ética médica de Helleger) la hemos asimilado hoy día.

El término bioética, desde un punto de vista etimológico, se refiere a la reflexión y acción ética sobre la vida en sus diversas manifestaciones. Por eso, en principio, tiene por objeto no sólo la vida humana, sino también la vida animal y vegetal, así como el discurso ecológico en su conjunto. La Bioética, como disciplina global sobre la vida biológica, hace referencia y se enfrenta a problemas tan graves como los planteados por la ingeniería genética, las técnicas de reproducción médicamente asistidas, la eugenesia, el aborto, el suicidio, la eutanasia, el cuidado en las enfermedades incurables, la experimentación en seres humanos, los trasplantes de órganos, la relación personal sanitario-paciente, los derechos de los enfermos, los problemas de confidencialidad, o los derechos de las futuras generaciones.

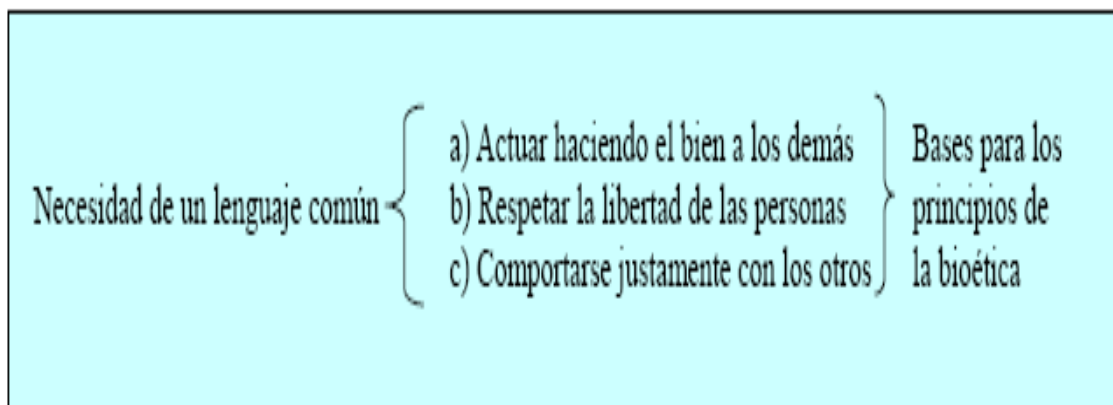
A pesar de que la discusión sobre el estatuto de la bioética seguía sin clarificarse del todo, parece claro que la evolución de la bioética hacia una ubicación dentro de la ética aplicada es manifiesta a los pocos años de acuñarse el término, abandonando lo que en términos etimológicos era biología ética por el de una ética de la biología, esto es, una ética por y para la vida y la salud. Así, ya en la *Encyclopedia of Bioethics* de Warren Thomas Reich (1978), se considera la bioética como una ética de la conducta humana en las ciencias de la salud. La definición lapidaria de esta enciclopedia marca el sentido vigente de la bioética:

“Puede definirse como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de los valores y los principios morales”.



La bioética es formalmente una rama o subdisciplina de la ética general. Sus contenidos materiales son los elementos que se derivan del "cuidado de la **salud**" y de las "ciencias de la **vida**" (de todo tipo de vida). Además, la bioética actual utiliza, para el análisis de los temas, una metodología interdisciplinar, esto es, se apoya en los datos que le aportan otras ramas del saber como: la biología, la medicina, la antropología, la sociología, el derecho, la filosofía, la política, etc. La bioética nace así como una nueva disciplina que sirve de puente entre las ciencias y las humanidades, o si se prefiere, un puente entre la biomedicina, la filosofía y la ética.

La bioética es el estudio interdisciplinar de los problemas suscitados por el progreso biológico y médico, tanto al nivel individual como al nivel de sus repercusiones sobre la sociedad y sus sistemas de valores, hoy y de cara al futuro. La Bioética supone, por tanto, un intento de conseguir un enfoque secular, interdisciplinar, global y sistemático de todas las cuestiones éticas que conciernen a la vida y la salud del ser humano y en especial a la biología y la medicina.



Desde que la Bioética comenzó a caminar a comienzos de la década de los setenta y desde que el *Informe Belmont* (1978) hablara de ello, se han articulado una serie de principios éticos. Estos son: Principio de Beneficencia, Principio de No-Maleficencia, Principio de Autonomía y Principio de Justicia. Estos cuatro principios, reformulados y articulados como los pilares básicos de la bioética contemporánea por los autores Beauchamp y Childress, han posibilitado el paso de una ética unitaria, a una ética plural, racional, abierta al diálogo y válida para personas con diferentes credos y cosmovisiones.

Principio de Beneficencia	→	Hacer el bien al anciano (trato digno y respetuoso) y promover <i>su bien</i>
Principio de No-maleficencia	→	No hacer daño al anciano y evitarle todo mal posible (no abusar, abandonar o maltratar)
Principio de Autonomía	→	Respetar la libertad y capacidad de decisión del anciano como agente moral (tanto personal como subrogadamente)
Principio de Justicia	→	Igual consideración y respeto para todos, sin ningún tipo de discriminación o marginación, y garantizar el bien común

El respeto a la vida y a la dignidad de las personas ancianas

Respeto a la vida del anciano

La vida humana constituye un valor fundamental, del que no se puede disponer arbitrariamente. Pero esta afirmación hay que matizarla bien: la vida es un valor fundamental, pero no absoluto. Pensamos que se debe hablar menos del valor “sagrado o absoluto” de la vida humana y pasar a hablar del valor “supremo” de cualquier vida.

Esto no significa desvirtuar, trivializar ni desproteger la vida humana, sino situarla en su lugar, como valor fundamental y fundante de todo otro valor.

La vida es, por tanto, un bien y un valor fundamental, pero puede estar sometida a ciertos juicios éticos en aquellos casos en que la dignidad de la persona esté en tela de juicio, es decir, en aquellos casos excepcionales y debidamente justificados en que sea más ético prescindir de una vida que conservarla (ej.: ante un caso de distanasia o prolongación artificial de la vida de una persona mayor mediante fármacos y técnicas médicas agresivas). Con todo, defendemos la inviolabilidad de toda vida humana, pero sin absolutizar dicho valor.

Respeto a la dignidad del anciano

El valor y la intrínseca dignidad de todo ser humano están por encima de sus circunstancias externas o personales. El ser humano tiene un valor básico, de modo que no puede quedar convertido en un mero medio, sino debe ser tratado siempre como un fin en sí mismo. De hecho la dignidad es lo más humano que tenemos y que somos, y no respetarla es ir contra lo uno y lo otro, es decir, contra nosotros mismos.

La persona mayor tiene una dignidad inviolable. Es más, por motivos de su especial vulnerabilidad, su dignidad debe ser igualmente protegida si cabe con más fuerza. No hacerlo supondría negar la condición y la valía de ser humano digno de existir y de ser a la persona anciana por motivos arbitrarios o, en todo caso, maleficentes e injustos.

En la ancianidad poder vivir con dignidad y seguridad, significa que el anciano se vea libre de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales; que reciba un trato acorde a su dignidad que nunca variará, independientemente de la edad, género, patología, etc. u otras condiciones vitales; así como ser valorados por sí mismos.

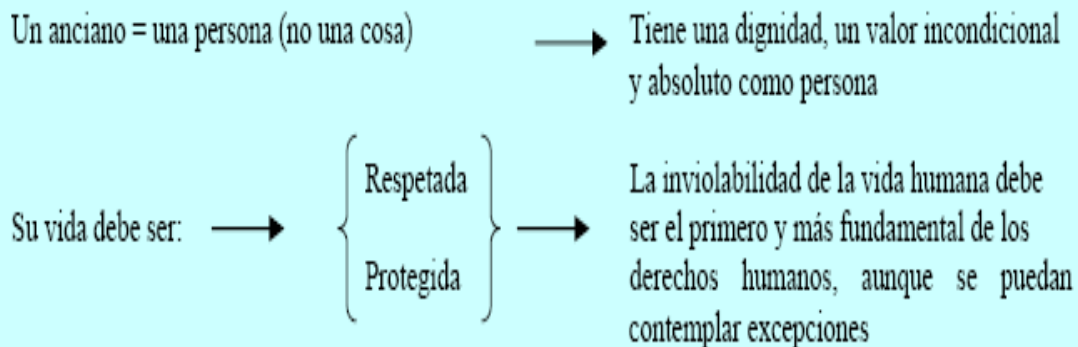
Respeto a la persona anciana

Todo anciano es persona, porque constitutivamente lo es, pero además también lo es por tener dos rasgos definitorios de la misma: personidad y personalidad. La personidad es el principio antropológico definitorio del ser humano en cuanto tal, esto es, su esencia particular (ser hombre) y su naturaleza general (ser humano). Pero además de pertenecer a la especie *homo*, el anciano también tiene personalidad, pues desarrolla su capacidad de ser aun a pesar de sufrir incapacidades, falta de autonomía o pérdida de conciencia. El anciano podrá perder, en las últimas fases de su vida parte su personalidad, sobre todo cuando sufre procesos degenerativos a nivel cognitivo y funcional, pero nunca su personidad.

Ser anciano, aún en grado último o terminal de la vida, no es sinónimo de dejar de ser persona. El anciano que se encuentra en la recta final de su vida simplemente se encamina hacia los momentos finales de su trayectoria biográfica por este mundo.

Resultaría ridículo e incluso peligroso introducir en este debate expresiones como: “son seres no humanos”, “no son personas en el sentido genuino del término”, “no son dignos de vivir así”, etc. Los ancianos son seres humanos, son personas, y como tales son titulares de unos derechos connaturales a su ser.

El valor fundamental de la vida del anciano



Problemas éticos en la ancianidad

EJEMPLOS

- Ingreso involuntario en una residencia geriátrica. ¿Es una necesidad imperiosa?
- Directrices anticipadas y testamentos vitales. ¿Se deben respetar siempre?
- Decisiones subrogadas. ¿Quién debe tomarlas? ¿Quién controla la moralidad de dichas decisiones?
- Designación del tutor legal y responsabilidad moral del mismo ¿Quién lo designa? ¿Es necesaria siempre la figura del tutor? ¿Se puede imponer?
- Incapacitación de hecho y de derecho. ¿Quién la otorga? ¿Basándose en qué criterios se incapacita a alguien?
- Intimidad y privacidad. ¿Es un derecho absoluto? ¿Qué límites o excepciones tiene?
- Abuso y maltrato. ¿Qué tipos de injusticias se cometen con estos enfermos?
- Principio de autonomía y consentimiento informado. ¿Hasta dónde son autónomos? ¿Cómo se lleva a cabo un consentimiento informado válido?
- Relaciones sexuales: abuso e instrumentalización del enfermo.

- Despido laboral. ¿puede ser la ancianidad un criterio de exclusión y de despido?.
- Problemas clínico-asistenciales:
 - Utilización de restricciones físicas.
 - Utilización de sondajes nasogástricos.
 - Cuidados del anciano incontinente.
 - Intensidad del tratamiento médico (encarnizamiento).
 - Sobreutilización de fármacos.
 - Cuidados en la fase terminal de la enfermedad.
- Deberes y obligaciones de la familia. Deber de alimentos sí, pero ¿y deber de dar cariño? ¿Hasta dónde tienen responsabilidad moral los hijos?
- Papel de la sociedad y del Estado. ¿Qué corresponsabilidad debe jugar el Estado?
- Vivir y morir con dignidad. ¿Cómo lograr una buena calidad de vida y una buena calidad de muerte en estas personas? ¿Es posible hablar de dignidad en la ancianidad?

1. Ageísmo o etáismo cultural
 - a) La utilización de recursos sociosanitarios (exclusión)
 - b) Pérdida de la identidad social del anciano
 - c) La conciencia de ser un estorbo
2. La humanización en la asistencia social y sanitaria a estas personas
3. La exigencia ética de cuidar a los ancianos: ¿sobre quién debe recaer esta responsabilidad?
4. Integración y convivencia familiar
5. Pérdida de la propia autonomía y total dependencia
6. Información y comunicación
7. Consentimiento Informado
8. Maltrato a los ancianos
9. Retirada de tratamientos vitales y futilidad terapéutica
10. Experimentación y ensayos clínicos
11. Distribución de recursos sociosanitarios
12. Acompañamiento a ancianos: papel del voluntariado
13. Las experiencias del dolor, el sufrimiento y la muerte
14. Morir con dignidad y Eutanasia

4.2.EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES DESDE LA PERSPECTIVA BIOETICA

4.2.1.MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES: GUÍA DE ACTUACIÓN. *Antonio Moya Bernal y Javier Barbero Gutiérrez (coord.). IMSERSO 2005*

LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA Y SUS OBLIGACIONES

Principio de No Maleficencia

- Obliga a tratar a todas las personas con la misma consideración y respeto en el orden biológico y psicológico.
- No haga daño a la persona mayor en el orden físico o emocional.
- No maltrate, no abandone a la persona mayor, no sea negligente con ella.
- Realice aquello que está indicado y no realice lo que está contraindicado.

Principio de Justicia

- Obliga a tratar a todas las personas con igual consideración y respeto en el orden social.
- No discrimine a las personas por razón de edad, sexo, raza, etc.
- Promueva la igualdad de oportunidades de las personas mayores.

Principio de Autonomía

- Obliga a considerar que todas las personas son, en principio y mientras no se demuestre lo contrario, capaces de tomar decisiones sobre lo que afecte a su proyecto vital.
- No confunda la capacidad de la persona mayor para “hacer” con la capacidad para “decidir”.
- No coarte la libertad de las personas mayores: no coaccione, no manipule la información.
- Trate y cuide a la persona mayor con respeto.
- Promueva la autonomía de las personas mayores. Instrucciones previas.

Principio de Beneficencia

- Obliga a hacer el bien a las personas, procurándoles el mayor beneficio posible y limitando los riesgos.
- Respete lo que cada persona mayor entiende como beneficioso para ella. Evite ser paternalista.
- Trate y cuide a la persona mayor con cordialidad. Promueva su bienestar.

4.2.2.PROCEDIMIENTO PARA ANALIZAR UN CASO CONCRETO DESDE EL PUNTO DE VISTA ÉTICO

1. Planteamiento y definición del problema y tipo de malos tratos sospechados.

2. Análisis de los aspectos clínicos del caso:

- Diagnósticos, pronóstico, posibilidades terapéuticas, cuidados.
- Factores psicológicos.
- Descartar que las lesiones, estado nutricional, psicológico, etc, de la persona mayor formen parte del deterioro producido por la enfermedad o el envejecimiento.

3. Estudio de las circunstancias reales que rodean al caso:

- Teniendo en cuenta a todos los implicados: Persona mayor, familia, institución y profesionales.
- Dinámica familiar. Relación persona mayor – cuidadores.
- Recursos sociales y económicos.
- Aspectos culturales, creencias.
- Aspectos legales.

4. Análisis del problema desde los principios éticos, la confidencialidad, la relación clínica, etc.

5. Análisis de cada uno de los cursos de acción viables:

- Contrastar el curso de acción con los principios éticos implicados en el caso, analizando cuáles se respetan y cuáles quedan dañados.
- Valorar las consecuencias previsibles, tanto positivas como negativas, en el caso de elegir un curso de acción determinado.
- Evaluar si a la vista de las circunstancias que rodean el caso y las consecuencias previsibles, tenemos o no razones de peso para hacer una excepción a los principios morales lesionados.

6. Elegir los cursos de acción que parezcan los mejores o los menos malos.

7. Poner en práctica los cursos de acción elegidos, aunque resulte incómodo.

4.2.3.¿QUÉ HACER CUANDO SE CONSTATAN LOS MALOS TRATOS?

Si tras la evaluación y la entrevista con la persona mayor, se tiene una presunción razonable de que se han producido MTPM, el profesional tiene la obligación de actuar.

El objetivo principal de la intervención será garantizar la seguridad de la víctima evitando que la situación de malos tratos se mantenga o repita.

4.2.4.PRINCIPIOS GENERALES DE ACTUACIÓN

– Mantener el equilibrio entre la protección a la víctima y el respeto a su autonomía. En consecuencia se hace necesaria la valoración del nivel de competencia y el grado de colaboración de la víctima.

– Evaluar el riesgo de muerte o de lesión grave para la víctima y decidir si se precisa o no una intervención urgente.

– La intencionalidad, evaluada en la fase de sospecha, tiene implicaciones en la intervención, que deberá ser lo más rápida posible si se considera que el agresor está actuando intencionadamente.

– Tener en cuenta que una situación de malos tratos es un importante y reconocido factor de riesgo para sufrir un nuevo episodio, muchas veces de mayor intensidad.

– Cuidar la calidad de la relación entre el equipo que intervenga y todas las personas que estén implicadas en el caso. El papel de los profesionales debe ser el de colaboradores, catalizadores, etc, y no deben posicionarse anticipadamente o ligar su actuación a prejuicios.

– En lo posible se debe evitar el enfrentamiento entre el equipo y los afectados, así como entre los propios afectados.

– De la víctima se debería obtener el reconocimiento de que se encuentra en una situación anómala, peligrosa y solucionable.

– Intentar que el responsable de los malos tratos llegue a aceptar que forma parte del problema y que tiene un gran peso como agente implicado en la posible solución. El consejo familiar, la clarificación de expectativas, la promoción de la responsabilidad, la reducción del conflicto, el combate al negativismo y la oferta de apoyo, son estrategias encaminadas a lograr dicha aceptación.

- La colaboración de otros agentes asistenciales o de personas del entorno (vecinos, amistades) puede ser crucial en la intervención.
- Si durante la exploración encuentra fracturas, hematomas, lesiones en piel, etc, procure documentarlas con radiografías, fotografías, etc.
- Registre todo detalladamente en la historia clínica: historia contada por la persona mayor o por otras fuentes, la información que tenga sobre el agresor, la exploración física y las pruebas complementarias. Recoja también las opciones que se le han ofrecido a la víctima (plan de seguridad, apoyos sociales, etc) y si las ha aceptado o no.
- Ante situaciones significativas de malos tratos o de alto riesgo de los mismos, se precisará la intervención de un equipo interdisciplinar que establezca un plan de actuación integral. La inexistencia de este equipo no supone la anulación de la responsabilidad individual de intervenir, aunque el margen de actuación tenga que ser necesariamente más limitado.

El equipo debe estar formado preferiblemente por médico, enfermera, trabajador social y psicólogo, teniendo la posibilidad de coordinarse con otros profesionales (servicios sanitarios especializados, servicios de urgencias, asesoría legal, cuerpos de seguridad, etc) dependiendo de la tipología de los malos tratos y del tipo de intervención que se vaya a realizar.

En la medida de lo posible, la expresión verbal de apoyo de los profesionales debería estar sostenida en compromisos concretos, sobre todo cuando el riesgo sea muy alto. Se debe acordar con la persona mayor un plan de seguimiento con visitas programadas, etc.

- El plan de actuación debe contemplar la situación física, emocional y social de la persona mayor y la elaboración de un plan de seguridad que se pueda poner en marcha si la situación empeora.

4.2.5.PLAN DE SEGURIDAD EN EL DOMICILIO

4.2.5.1.Si la persona mayor está capacitada para tomar decisiones y decide permanecer en el domicilio, o bien la situación no precisa una salida urgente del mismo:

- **Detección de apoyos:** Hablar con la víctima sobre las opciones que le proporcionarían seguridad en función de sus circunstancias personales:

¿Qué ha hecho para mantenerse seguro en el pasado?

¿Con qué recursos y apoyos cuenta? ¿Sus amigos o familiares son conscientes de la situación que está experimentando? ¿Le apoyarían o ayudarían?

¿Dispone de algún lugar seguro para guardar documentos y objetos importantes?

Si los malos tratos aumentan ¿Tiene algún lugar al que ir? ¿Puede llamar a algún familiar o a un vecino? ¿Qué necesitaría llevarse?

– **Ayudarle a elaborar un plan de acción** para ponerlo en marcha si tiene que abandonar su vivienda. Su realización puede requerir creatividad, como por ejemplo: escribir un número de teléfono –al que la víctima pueda llamar si está en peligro– en una receta, establecimiento de códigos verbales o signos –utilizables en presencia del responsable de los malos tratos– que indiquen el empeoramiento de la situación, etc.

– **Facilitarle el servicio de teleasistencia** para que pueda solicitar ayuda en cualquier momento.

– **Animarle a:**

Poner su situación en conocimiento de personas de su entorno (familiares, amigos, vecinos, etc) que le puedan ayudar y en los que pueda confiar.

Tener en lugar seguro y fácilmente accesible para él /ella las llaves de la casa, dinero, documentos de identidad, tarjetas de crédito, etc, por si tiene que abandonar la casa precipitadamente.

Que en caso de necesidad llame a la policía o a otros números de teléfono donde pueda encontrar ayuda. Proporcionarle esos números de teléfono.

4.2.5.2. Si la persona mayor no tiene capacidad para tomar decisiones y se encuentra en una situación de riesgo grave, o bien tiene capacidad y acepta la actuación,

El profesional tendrá que decidir si precisa ser llevada de forma urgente a un lugar seguro y actuar en consecuencia:

- Informar al Juzgado de Guardia.
- Valorar ingreso hospitalario urgente si la situación clínica (deterioro físico o psicológico) lo requiere.
- Ponerse en contacto con los Servicios Sociales. Valoración de ingreso en el centro social o sociosanitario por emergencia social.

- Solicitar ayuda a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- Llamar al teléfono de emergencias: 112.

4.2.6. SUJECCIONES

4.2.6.1. MALTRATO Y ABUSO. Consejo General del Poder Judicial, 2010. TRATO DENIGRANTE A MAYORES. SUJECCIONES FARMACOLÓGICAS Y FÍSICAS. Soledad Gallo Salent, Josefa García Lorente, Blanca Clavijo

El uso de sujeciones físicas o químicas limita la libertad de movimientos, la actividad física o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo de la persona que las soporta. *En definitiva se produce en estas personas una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima, incluso puede llegarse al extremo de conculcar, en líneas generales, aquellos derechos fundamentales que son inherentes a la persona, la libertad, dignidad e integridad del ser humano.*

Obligar al uso de sujeciones a una persona mayor y enferma contra su voluntad invocando peligro de lesiones irreversibles o fallecimiento debe ser considerado antijurídico por atentatorio a la dignidad humana (art. 10 CE) y constituir trato degradante (art. 15 CE, que dice así: "*Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a penas o tratos inhumanos o degradantes*").

A pesar de lo dicho, nos encontramos con que, en la mayoría de las ocasiones, el uso de sujeciones es muy elevado, sin que exista una justificación de tipo médico para realizarlas y que, en demasiados casos, existe una conveniencia del centro o un uso con fines disciplinarios.

Cualquier persona tiene derecho a estar libre de sujeciones impuestas por disciplina o conveniencia, lo mismo que tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. La regla general es que no se puede actuar médicamente sobre la integridad física o mental de una persona si ésta no manifiesta su voluntad en ese sentido (...)

Las sujeciones físicas y químicas deben ser siempre consideradas: "*procedimientos que suponen riesgos e inconvenientes notorios y previsibles, susceptibles de repercutir en la salud de la persona*" y, por tanto, van a requerir SIEMPRE la autorización del interesado, o su representante legal para usarlas, salvo que peligre la vida misma del individuo o ponga en peligro la de terceros.

EFECTOS DOCUMENTADOS DEL USO RUTINARIO DE SUJECIONES FÍSICAS

<i>Físicos</i>	<i>Psicológicos</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras por presión. • Infecciones. • Incontinencias (urinaria y fecal). • Disminución del apetito. • Estreñimiento. • Pérdida del tono muscular-Atrofia y debilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo/pánico. • Vergüenza • Ira. Agresividad. • Depresión. • Aislamiento social. • Retiro/apatía.

EFECTOS POTENCIALES DOCUMENTADOS DEL USO DE FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS TRANQUILIZANTES

<ul style="list-style-type: none"> • Delirium/alteración del pensamiento. • Deterioro de la función cognitiva. • Deterioro de la comunicación. • Depresión. • Deterioro funcional físico. • Uso de sujeciones físicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Movimientos físicos de repetición y rigideces. RIESGO DE CAÍDAS. • Problemas de equilibrio. Hipotensión. RIESGO DE CAÍDAS. • Mareo/vértigo. RIESGO DE CAÍDAS • Marcha inestable. RIESGO DE CAÍDAS. • Deshidratación. • Estreñimiento-impactación fecal. Retención de orina.
--	--

4.3. Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Oviedo 1997)

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto y finalidad.

Las Partes en el presente Convenio protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.

Artículo 2. Primacía del ser humano.

El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia.

Artículo 3. Acceso equitativo a los beneficios de la sanidad.

Las Partes, teniendo en cuenta las necesidades de la sanidad y los recursos disponibles, adoptarán las medidas adecuadas con el fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad apropiada.

Artículo 4. Obligaciones profesionales y normas de conducta.

Toda intervención en el ámbito de la sanidad, comprendida la investigación, deberá efectuarse dentro del respeto a las normas y obligaciones profesionales, así como a las normas de conducta aplicables en cada caso.

CONSENTIMIENTO

Artículo 5. Regla general.

Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento.

Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias.

En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

Artículo 6. Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento.

1. A reserva de lo dispuesto en los artículos 17 y 20, sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.

2. Cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la ley.

La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.

3. Cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, una autoridad o una persona o institución designada por la ley.

La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.

4. El representante, la autoridad, persona o institución indicados en los apartados 2 y 3, recibirán, en iguales condiciones, la información a que se refiere el artículo 5.

5. La autorización indicada en los apartados 2 y 3 podrá ser retirada, en cualquier momento, en interés de la persona afectada.

Artículo 7. Protección de las personas que sufran trastornos mentales.

La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso.

Artículo 8. Situaciones de urgencia.

Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico en favor de la salud de la persona afectada.

Artículo 9. Deseos expresados anteriormente.

Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.

Artículo 10. Vida privada y derecho a la información.

1. Toda persona tendrá derecho a que se respete su vida privada cuando se trate de informaciones relativas a su salud.
2. Toda persona tendrá derecho a conocer toda información obtenida respecto a su salud. No obstante, deberá respetarse la voluntad de una persona de no ser informada.
3. De modo excepcional, la ley podrá establecer restricciones, en interés del paciente, con respecto al ejercicio de los derechos mencionados en el apartado 2.

5.MALTRATO A PERSONAS MAYORES

5.1.CONSIDERACIONES GENERALES

5.1.1. EL MALTRATO DE LAS PERSONAS DE EDAD: RECONOCER Y RESPONDER AL MALTRATO DE LAS PERSONAS DE EDAD EN UN CONTEXTO MUNDIAL. Informe del Secretario General. Comisión de Desarrollo Social constituida en comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento 2002

II. El maltrato de las personas de edad: una cuestión de derechos Humanos

5. El problema del maltrato de las personas de edad ha recibido cada vez más atención pública desde principios de los años ochenta. La atención cada vez mayor que se ha venido prestando a los derechos humanos y la creciente sensibilización respecto de los derechos de los hombres y mujeres de edad han llevado a considerar el maltrato de las personas de edad como una cuestión de derechos humanos.

6. La Declaración Universal de Derechos Humanos establece derechos básicos de todos los seres humanos en las esferas civil, política, social, económica y cultural.

Este instrumento proporciona la base moral para una amplia variedad de leyes internacionales.

10. La discriminación por razón de edad es uno de los medios con los que se niegan o violan los derechos humanos de las personas de edad. Los estereotipos negativos y la denigración de las personas de edad pueden traducirse en una falta de preocupación social por estas personas, el riesgo de marginación y la privación de la igualdad de acceso a oportunidades, recursos y derechos. La discriminación por razón de edad en el lugar de trabajo puede llevar a que se excluya a los trabajadores de edad del empleo formal. Los valores culturales relativos a la edad y el género influyen en el grado de discriminación que sufren las personas de edad en la vida social, económica, política y comunitaria.

Los sistemas jurídicos y de justicia no siempre logran resistir las presiones contra la protección de los derechos de las personas de edad.

VI. Conclusiones y repercusiones Normativas

57. Las prácticas y los comportamientos abusivos contra las personas de edad pueden considerarse una violación de los derechos fundamentales garantizados en los pactos internacionales y consagrados en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.

58. Los defensores de los derechos de las personas de edad indican que el problema mundial de su maltrato se afrontará eficazmente cuando las necesidades y los derechos básicos de la gente se atiendan y respeten durante toda su vida. Los malos tratos durante la vejez pueden estar vinculados a la incapacidad de la persona de disponer de unos medios económicos suficientes para alcanzar la vejez con dignidad y a la falta de oportunidades para poder llegar a disponer de dichos medios.

60. La vulnerabilidad de las personas de edad a los malos tratos puede reducirse también ayudando a estas personas a mantenerse activas y productivas para poder seguir contribuyendo, a la sociedad, la comunidad y la familia. Puede alentarse a las sociedades a fomentar un clima contrario a la discriminación por razones de edad, en el que los derechos de las personas de edad a la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad sean reconocidos y apoyados.

A medida que aumenten los cuidados en contextos comunitarios y familiares, y dadas las previsiones acerca del aumento de la proporción de personas de edad dentro de la población, también prevé que aumente la incidencia de maltrato.

5.2.CONCEPTUALIZACION

5.2.1. EL MALTRATO DE LAS PERSONAS DE EDAD: RECONOCER Y RESPONDER AL MALTRATO DE LAS PERSONAS DE EDAD EN UN CONTEXTO MUNDIAL. Informe del Secretario General. Comisión de Desarrollo Social constituida en comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento 2002

11. A falta de una definición universal aceptada, las definiciones actuales de los malos tratos contra las personas de edad reflejan distinciones entre lo que se considera aceptable e inaceptable en materia de comportamiento interpersonal y comunal en diferentes sociedades.

Las percepciones y definiciones de la violencia y los malos tratos contra las personas de edad varían según las distintas sociedades y dentro de una misma sociedad.

5.2.2.DEFINICIONES MALTRATO

1

La acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y que causa o puede causar daño o malestar a una persona mayor o viola sus derechos civiles.

II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Madrid 2002 OMS, Universidad de Toronto, INPEA, 2002: Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores,

La más empleada al comprender los tres ejes que conforman la identidad de los Malos Tratos a las Personas Mayores:

- Un vínculo, a priori significativo y personalizado, que genera expectativa de confianza.
- El resultado de daño o riesgo significativo de daño. (Condición necesaria pero no suficiente).
- La intencionalidad o no intencionalidad. (La intencionalidad sería una condición suficiente, pero no necesaria).

Este tipo de definición de maltrato de las personas de edad ha ido ganando apoyo en los últimos 20 años.

2

Acciones u omisiones, realizadas intencionada o negligentemente, que hacen referencias a daños físicos, psíquicos, o económicos en las personas mayores

OMS, Informe mundial sobre la violencia y salud, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003

3

El maltrato de los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado o dejar de hacer determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor

Acción contra el Maltrato de los Ancianos en el Reino Unido, adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores

4

Todo acto u omisión cometido contra una persona mayor, en el cuadro de la vida familiar, la seguridad económica, la integridad física-psíquica, su libertad o que comprometa gravemente el desarrollo de su personalidad.

5

El resultado de daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de la persona anciana.

Asociación Médica de Estados Unidos

6

Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el respeto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente.

I Conferencia de Consenso sobre el anciano maltratado. Declaración de Almería. España 1995

7

Cualquier acto único o repetido, o falta de acción apropiada que ocurra en cualquier relación supuestamente de confianza, que cause daño o angustia a una persona de edad.

Informe especial del Justicia de Aragón (2004)

8

El maltrato de personas mayores es cualquier acción voluntariamente realizada, es decir, no accidental, que pueda causar o cause un daño a una persona mayor; o cualquier omisión que prive a un anciano de la atención necesaria para su bienestar, así como cualquier violación de sus derechos. Para que estos hechos se tipifiquen como maltrato deben ocurrir en el marco de una relación interpersonal donde exista una expectativa de confianza, cuidado, convivencia o dependencia, pudiendo ser el agresor un familiar, personal institucional (ámbito sanitario o de servicios sociales), un cuidador contratado, un vecino o un amigo.

I.lborra Marmolejo, 2003, 2005

8

Un acto u omisión, que causa daño, vulnera o pone en peligro la integridad física, psíquica o económica, atenta contra la dignidad, autonomía y respeto de los derechos fundamentales del individuo, realizados de forma intencionada o por negligencia, sobre una persona mayor, y que se producen en el marco de una relación en la que el agresor se considera en situación de ventaja o superioridad sobre la

persona agredida, ya sea por razón de género, edad, vulnerabilidad o dependencia.

J. Daniel Rueda Estrada 2008

9

la violación sistemática de los derechos humanos y civiles por una persona o grupo de personas en situación de poder o superioridad hacia otra que está a su cargo o que sufre un proceso de dependencia

Mervyn Eastman 1984, 1993

MALTRATO ESTRUCTURAL

10

Es el sustrato que condiciona la aparición del maltrato al mayor: Los drásticos cambios sociales y económicos a escala mundial –como la organización, la transformación de la familia, la incorporación de la mujer al mercado laboral remunerado, combinados con la persistencia, cuando no el empeoramiento de la pobreza y la desigualdad– proporciona un terreno abonado para que surjan los malos tratos a las personas mayores

WHO/INPEA. Missing Voices: views of older persons on elder abuse. Geneva: World Health Organization, 2002

ABUSO O MALTRATO FISICO

11

Aquella agresión física intencionada que produce daños y en casos extremos la desfiguración o muerte

Nacional Aging Resource Center on Elder Abuse (NARCEA)

MALTRATO PSICOLOGICO O EMOCIONAL

12

Infligir sufrimiento psíquico

Organización Mundial de la Salud (2003): Informe mundial sobre la violencia y la salud, Organización Mundial de la Salud, Washington,

DEFINICION NEGLIGENCIA

13

Es el incumplimiento voluntario o involuntario de las funciones propias del cuidador para proporcionar los alimentos o servicios necesarios, para

evitar daño físico, angustia o daño mental. En este apartado se incluye la administración incorrecta de medicamentos y la falta de cuidados médicos.

Asociación Médica Americana

DEFINICION DE VIOLENCIA

14

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento WHO/EHA/SPI.POA.2)

5.3. TIPOLOGIAS

5.3.1. MALTRATO DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA FAMILIA EN ESPAÑA. Isabel Iborra Marmolejo, Centro Reina Sofía, Valencia 2008

El Centro Reina Sofía establece cinco categorías dentro del maltrato de personas mayores. Se trata de la misma tipología que se ha establecido tradicionalmente en el maltrato infantil (Sanmartín, 2005) pero añadiendo, por razones obvias, el abuso económico.

- **Maltrato físico:** acciones que, voluntariamente realizadas, provocan o pueden provocar daño o lesiones físicas.
- **Maltrato psicológico:** acciones —normalmente de carácter verbal— o actitudes que provocan o pueden provocar daños psicológicos.
- **Negligencia:** abandono o dejación de las obligaciones en los cuidados de una persona.
- **Abuso económico:** utilización ilegal o no autorizada de los recursos económicos o de las propiedades de una persona.
- **Abuso sexual:** cualquier contacto físico no deseado en el que una persona es utilizada como medio para obtener estimulación o gratificación sexual.

5.3.2.MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES: GUÍA DE ACTUACIÓN *Antonio Moya Bernal y Javier Barbero Gutiérrez (coord.). IMSERSO 2005*

En el análisis efectuado por el IMSERSO no se utiliza el término “abuso” a pesar de estar ampliamente recogido en la literatura sobre el tema. Los matices que hay detrás del término inglés “abuse” son distintos a los que tiene la palabra castellana “abuso”, aunque se traduce – incorrectamente, a nuestro juicio– literalmente. Abuso, en castellano, alude necesariamente a la intencionalidad y en la mayoría de los casos de maltrato no llega a apreciarse. Se considera que su utilización confunde más que aclara.

El IMSERSO identifica las siguientes modalidades de malos tratos:

- **Físicos:** Daño corporal, dolor o deterioro físico, producidos por fuerza física o violencia no accidental. *Ejemplos: Golpes, quemaduras, tirar del pelo, alimentación forzada, utilización injustificada de restricciones físicas, uso inapropiado de fármacos, etc.*
- **Psicológicos:** Causar intencionadamente angustia, pena, sentimientos de indignidad, miedo o estrés mediante actos verbales o no verbales. *Ejemplos: Amenazas (de daño físico, de institucionalización, etc), insultos, burla, intimidación, humillaciones, infantilización en el trato, indiferencia hacia su persona, darle tratamiento de silencio, aislamiento, no respetar sus decisiones, ideas o creencias, etc.*
- **Sexuales:** Comportamientos (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc) o contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento. *Ejemplos: Acoso sexual, tocamientos, obligar a la víctima a realizar actos sexuales al agresor, violación, realización de fotografías, etc.*
- **Financieros:** Utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades, o recursos de una persona mayor. *Ejemplos: Tomar sin permiso dinero, joyas, etc, falsificación de firmas, obligarle a firmar documentos o testamento, uso inapropiado de la tutela o curatela, ocupación del domicilio, etc.*
- **Negligencia y abandono:** Rechazo, negativa o fallo para iniciar, continuar o completar la atención de las necesidades de cuidado de una persona mayor, ya sea voluntaria o involuntariamente, por parte de la persona responsable (de forma implícita o acordada) de su cuidado. *Ejemplos: No aportar medidas económicas o cuidados básicos como comida, hidratación, higiene personal, vestido, cobijo, asistencia sanitaria, administración de medicamentos, confort, protección y vigilancia de situaciones potencialmente peligrosas, dejarla sola largos periodos de tiempo, no procurarle afecto, etc.*

En nuestro medio, al menos de forma coloquial, la tendencia es a hablar de negligencia cuando el fallo se produce en los cuidados que debería proporcionar un profesional y de abandono cuando es el cuidador familiar el que no cumple con la responsabilidad de cuidado.

- **Obstinación diagnóstica:** Realización de pruebas diagnósticas, para aumentar el conocimiento sobre la patología o situación clínica de un paciente, sin que se prevea que vaya a tener una posterior traducción en beneficios reales para el mismo.
- **Obstinación terapéutica:** Utilización de medios desproporcionados para prolongar artificialmente la vida biológica de un paciente con enfermedad irreversible o terminal.

5.4. DATOS DE PREVALENCIA

5.4.1. EL MALTRATO DE LAS PERSONAS DE EDAD: RECONOCER Y RESPONDER AL MALTRATO DE LAS PERSONAS DE EDAD EN UN CONTEXTO MUNDIAL. Informe del Secretario General. Comisión de Desarrollo Social constituida en comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento 2002

Los estudios llevados a cabo en entornos más desarrollados, incluidas las encuestas nacionales y no nacionales de base comunitaria (efectuadas, por ejemplo, en Australia, el Canadá y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte) han concluido que la proporción de personas de edad que, según informes, sufre malos tratos o abandono oscila entre el 3% y el 10%.

El abandono resultó ser la forma de maltrato más común y se hallaron diferencias significativas entre las tasas correspondientes a hombres y mujeres. Los autores de los malos tratos solían ser los hijos adultos (37%), seguidos de los cónyuges (13%) y de otros miembros de la familia (11%).

Los **malos tratos institucionales**, de distintos tipos, se asocian desde hace tiempo con el cuidado a largo plazo en instituciones. En las regiones más desarrolladas del mundo, entre el 4% y el 7% de las personas de edad reside en este tipo de centros.

5.4.2. Organización Mundial de la Salud (OMS), Instituto de Mayores y Servicios sociales (IMSERSO) y Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG). Malos Tratos a Personas Mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. IMSERSO, Madrid 2007.

Las estimaciones globales, incluyendo maltrato psicológico, verbal y económico, indica unas tasas de prevalencia entre el 1 y el 10% según diferentes estudios (Block y Sinnott, 1979; Hudson, 1986; Pillemer y Finkelhor, 1989; Podnieks, 1992; Ogg y Bennett, 1992; Penhale, 1993; Comijs *et al.*, 1998).

En los lugares donde existen estudios de prevalencia sobre maltrato a personas mayores, los índices varían entre el 1 y el 35 % (7) dependiendo, por ejemplo, de las definiciones y de los métodos empleados en la encuesta y en la muestra. Sin embargo, estas cifras pueden representar sólo la “punta del iceberg”, ya que algunos expertos consideran que el maltrato a personas mayores no es notificado hasta en un 80 % de las ocasiones. Las estimaciones recogidas en diversos informes varían de uno por cada seis casos a uno por cada quince casos que se notifican.

5.4.3. MALTRATO DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA FAMILIA EN ESPAÑA. ISABEL IBORRA MARMOLEJO, CENTRO REINA SOFIA, VALENCIA 2008

La tasa de maltrato en la población general de ancianos se sitúa entre el 4% y el 6% (OMS, 2003).

El 79,8% de los autores de los delitos de maltrato de mayores en España son hombres. El 80% de estos delitos son de maltrato físico y el 20% de maltrato psicológico.

El estudio efectuado en España por el Centro Reina Sofía ofrece los siguientes resultados:

El 0,8% de las personas mayores entrevistadas ha sido víctima de maltrato por parte de algún familiar a lo largo del año 2005. Este porcentaje aumenta hasta el 1,5% entre los ancianos dependientes.

La tasa de maltrato aumenta, asimismo, conforme se incrementa el nivel de dependencia; así, sufren maltrato:

- El 1% de los ancianos con dependencia moderada (reciben hasta 3 horas de ayuda diaria);

- El 2,2% de los que tienen una dependencia severa (reciben más de 3 horas de ayuda diaria);
- El 2,9% de los que presentan una gran dependencia (necesitan ayuda todo el día).

Por tipología de maltrato, las mujeres son las principales víctimas de maltrato psicológico, abuso económico y abuso sexual, mientras que el porcentaje de hombres víctimas de negligencia es algo mayor que el de mujeres en esta misma situación. En maltrato físico no se detectan diferencias por sexo de la víctima.

- Maltrato físico: 50% de mujeres, frente a 50% de hombres.
- Maltrato psicológico: 85,7% de mujeres, frente a 14,3% de hombres.
- Negligencia: 42,9% de mujeres, frente a 57,1% de hombres.
- Abuso económico: 75% de mujeres, frente a 25% de hombres.
- Abuso sexual: 100% de mujeres.

El riesgo de maltrato aumenta con la edad, como indica el hecho de que el 57,9% de las víctimas tiene más de 74 años. Al calcular la prevalencia las diferencias se hacen aún más notables, puesto que la tasa de maltrato aumenta desde el 0,6% de los ancianos entre 65 y 74 años, hasta el 1,1% de los que superan los 74 años.

Las personas mayores que sufren maltrato son muy reticentes a dar datos de su agresor, por tratarse de un familiar cercano.

El 57,9% de las víctimas sí especifica el sexo del agresor. Éstos son hombres en el 54,5% de los casos y mujeres en el 45,5%.

El 63,2% de las víctimas identifica qué persona de su entorno cercano es el agresor. En la mayoría de las ocasiones es la propia pareja (50%), seguida de los hijos e hijas (33,4%).

1.-CUESTIONARIO A PERSONAS MAYORES

1.A.-De cada diez víctimas:

- 6 son mujeres
- 6 tienen más de 74 años
- 1 tiene algún problema psicológico
- 7 tienen algún problema físico o enfermedad crónica
- 2 tienen alguna discapacidad
- 3 necesitan ayuda para realizar sus actividades diarias
- 2 reciben atención o ayuda de los servicios sociales

1.B-De cada diez agresores:

- 5 son hombres y 5 son mujeres
- 6 tienen más de 64 años
- 5 son la pareja de la víctima

8 están casados o viven en pareja
 4 tienen algún problema físico
 6 sufren estrés
 Ninguno tiene antecedentes penales

2.-CUESTIONARIO A PERSONAS CUIDADORAS

2.A- De cada diez víctimas:

5 son mujeres y 5 son hombres
 7 tienen algún trastorno psicológico
 7 sufren algún deterioro cognitivo
 6 presentan una discapacidad
 4 sufren estrés

2.B-De cada diez cuidadores que incurren en maltrato:

8 son mujeres
 8 tienen más de 44 años
 6 son los hijos/as de la víctima
 4 tienen algún trastorno psicológico
 7 se sienten sobrepasados por la situación de cuidado

TIPOS DE MALTRATO: PREVALENCIA (%) Encuesta personas mayores

	MUESTRA TOTAL	MAYORES DEPENDIENTES
Maltrato físico	0,2	0,3
Maltrato psicológico	0,3	0,6
Negligencia	0,3	0,6
Abuso económico	0,2	0,9
Abuso sexual	0,1	0,3
TOTAL	0,8	1,5

TIPOS MALTRATO POR PERSONAS CUIDADORAS: PREVALENCIA (%) Encuesta a personas cuidadoras

	MUESTRA TOTAL	MAYORES DEPENDIENTES
Maltrato físico	1,8	2,4
Maltrato psicológico	1,8	2,4
Negligencia	0,4	0,5
Abuso económico	1,9	2,4
Abuso sexual	0,1	
TOTAL	4,6	5,7

El 75% de las personas cuidadoras que maltratan son mujeres y el 25% hombres. Sin embargo, cuando se calcula la prevalencia, la situación cambia

por completo, puesto que la prevalencia de hombres agresores (6,3%) supera la de mujeres agresoras (4,2%), entre los cuidadores.

ALGUNAS CONCLUSIONES DEL ESTUDIO DEL CENTRO REINA SOFIA 2005

Aproximadamente 1 de cada 100 ancianos ha sido víctima de maltrato intrafamiliar en España; esto supone que a escala nacional cerca de 60.000 ancianos sufren maltrato cada año. Este porcentaje se duplica entre los ancianos dependientes⁴² y se cuadruplica entre las personas mayores que presentan una dependencia grave (aquellos que requieren de ayuda al menos cinco horas al día).

Aproximadamente 5 de cada 100 cuidadores reconoce haber maltratado al anciano a su cargo en alguna ocasión a lo largo del año 2005. Recordemos que, en esta muestra, las personas mayores requieren de cuidados para su desempeño en la vida diaria, con lo que estamos hablando de personas con dependencia.

En cuanto a los tipos de maltrato, víctimas y cuidadores coinciden en que el maltrato psicológico es uno de los que presenta mayor prevalencia. Los tipos de maltrato en los que se detecta mayor diferencia entre la información de las propias víctimas y de sus cuidadores son el maltrato físico y el abuso económico. En ambos casos, la tasa informada por los cuidadores es nueve veces mayor que la que aportan las víctimas.

Hay muy pocas investigaciones sobre la incidencia del maltrato intrafamiliar de personas mayores en el mundo. En la siguiente tabla se recogen los porcentajes encontrados para cada tipo de maltrato en los principales estudios existentes.

TASAS DE CADA TIPO DE MALTRATO (En %)

	MALTRATO FISICO	MALTRATO PSICOLOGICO	NEGLIGENCIA	ABUSO ECONOMICO	TOTAL
1	2,1	2,5	1,4	1,1	4,6
2	0,5	1,4	0,4	2,5	4
3	2	20,8	---	---	---
4	2	1,1	0,4	---	3,2
5	2	8	18	6,6	
6	0,4	0,4	1,1	0,7	2,6
7	0,2	0,3	0,3	0,2	0,8

- 1.-Australia (Kurrle, Sadler y Cameron, 1992)
- 2.- Canadá (Podnieks y otros, 1989)
- 3.- China (Tang y Yan, 2001)
- 4.- Estados Unidos (Pillemer y Finkelhor, 1988)
- 5.- Israel (Eisikovits, Winterstein y Lowenstein, 2004)
- 6.- Reino Unido (O'Keeffe y otros, 2007)
- 7.-España (Iborra,2008)

5.5. FACTORES DE RIESGO

5.5.1. FACTORES DE RIESGO DE LA VÍCTIMA

Sexo

La gran mayoría de los estudios han encontrado un mayor porcentaje de víctimas entre las mujeres que entre los hombres (Cooney y Mortimer, 1995; González y otros, 2005; Wolf, 1997). Las mujeres representan del 66 al 100% de los casos, según el estudio. Además, parece que son las mujeres las que sufren los casos más graves de maltrato tanto físico como psicológico (Pillemer y Finkelhor, 1988).

Aislamiento social

Las personas mayores víctimas de maltrato tienen menos contactos sociales (Lachs y otros, 1994; Compton, Flanagan y Gregg, 1997; Wolf y Pillemer, 1989; Grafstrom y otros, 1993; Phillips, 1983).

Además, es común que la víctima conviva únicamente con su agresor, que en muchas ocasiones es el único cuidador (Pillemer, 2005). Los porcentajes de víctimas que viven en esta situación varían entre el 52 y el 72% según el estudio.

Dependencia

Aunque no es un resultado universal, numerosos estudios han encontrado deficiencias físicas o cognitivas en las personas mayores víctimas de maltrato (Davidson, 1979; Hickey y Douglass, 1981; Steinmetz, 1988; Lachs y otros, 1997; Wolf y Pillemer, 1989). Así, por ejemplo, se ha encontrado un porcentaje de maltrato superior a la media⁵ entre las víctimas que presentan Alzheimer (14%) (Homer y Gilleard, 1990).

Depresión

Varios estudios han encontrado que la depresión, las ideas suicidas y los sentimientos de infelicidad, vergüenza o culpabilidad son comunes entre las víctimas (Bonnie y Wallace, 2003; Muñoz, 2004). No obstante, en el caso de la depresión y el aislamiento social, hay un problema común: la dificultad de discernir si son el resultado de la situación de maltrato o si es que las personas mayores con estos problemas son más susceptibles de ser maltratadas.

5.5.2.FACTORES DE RIESGO DEL AGRESOR

Sexo

Diversos estudios han encontrado diferencias en relación al sexo del agresor. Por tipos de maltrato, parece que las mujeres son responsables especialmente de los casos de negligencia, mientras que los hombres lo son de las formas más extremas de maltrato, así como del maltrato físico y del abuso sexual (Sonkin, Martin y Walker, 1995; Muñoz, 2004; Iborra, 20056).

Aislamiento social

Igual que en el caso de las víctimas, ciertas investigaciones sugieren que los agresores tienen problemas con las relaciones sociales, están más aislados y carecen de apoyo social (Cooney y Mortimer, 1995; González y otros, 2005; Grafstrom y otros, 1993; Muñoz, 2004).

Dependencia económica

En muchos casos, los agresores son económicamente dependientes de la víctima para su alojamiento, manutención, transporte y otros gastos (Anetzberger, 1987; Cooney y Mortimer, 1995; González y otros, 2005; Greenberg, McKibben y Raymond, 1990; Hwalek, Sengstock y Lawrence, 1984; Muñoz, 2004; Pillemer, 1986; Wolf y Pillemer, 1989; Wolf, Strugnell y Godkin, 1982).

Esta información parece contradecir la extendida opinión de que las personas mayores son maltratadas cuando son débiles y dependen del cuidado de otros. Lo que sí se observa, sin embargo, en muchos de estos casos es una fuerte interdependencia emocional víctima-agresor (Lachs y Pillemer, 1995).

Psicopatología

Los estudios demuestran, con sorprendente unanimidad, que los agresores de personas mayores presentan más problemas psicológicos y de abuso de sustancias que aquellos cuidadores que no muestran conductas abusivas (Cooney y Mortimer, 1995; González y otros, 2005; Lachs y Pillemer, 1995; Muñoz, 2004; Pillemer, 2005; Wolf y Pillemer, 1989).

El trastorno psicológico que se ha encontrado más frecuentemente entre los agresores de personas mayores es la depresión (Paveza y otros, 1992; Coyne y Reichman, 1993; Homer y Gilleard, 1990; Williamson y Shaffer, 2001; Pillemer, 2005). La gran mayoría de investigadores ha mostrado una alta presencia de abuso de sustancias tóxicas entre los agresores de personas mayores (Bristowe y Collins, 1989; Homer y Gilleard, 1990; Wolf y Pillemer, 1989; Greenberg, McKibben y Raymond, 1990; Anetzberger, Korbin y Austin, 1994). El abuso de estas sustancias se ha asociado, en concreto, con situaciones de abuso continuado y severo. Asimismo, es más común entre los

agresores que maltratan físicamente (7 de cada 9) que entre los que cometen negligencia (1 de cada 9) (Reay y Browne, 2001).

Relación con la víctima

Muy pocos estudios recogen esta variable. Varias investigaciones realizadas en el Reino Unido y Estados Unidos han encontrado un mayor porcentaje de hijos entre los agresores (38-53%), mientras que en otros estudios de Canadá y Estados Unidos es la pareja de la víctima quien la agrede en la mayoría de los casos (42-48%) (Pillemer y Finkelhor, 1988). Lo que sí parece claro es que la pareja y los hijos son los responsables de casi todas las agresiones (Cooney y Mortimer, 1995; González y otros, 2005).

Estrés

Hay evidencia empírica de que el estrés y el llamado síndrome de *burnout* predicen con mayor claridad la presencia de maltrato de mayores que medidas objetivas como las variables demográficas o el número de tareas que debe desempeñar el cuidador (Coyne y Reichman, 1993).

Cuidar de un familiar anciano puede ser una importante fuente de estrés para las familias. Además, hay una serie de factores que pueden agravar esta situación, como la escasa información respecto al proceso de envejecimiento, la falta de habilidades de cuidado y unos recursos de apoyo inadecuados. Otra cuestión que incrementa la sensación de carga de los cuidadores es que la persona mayor sea dependiente (física o psíquicamente).

5.5.3.FACTORES DE RIESGO SOCIOCULTURALES

Además de las características propias de la víctima y del agresor, hay una serie de factores que pueden estar incidiendo en la presencia del maltrato de mayores. La existencia de una cultura de violencia en la sociedad, la violencia intergeneracional dentro de la familia y actitudes y tradiciones culturales tales como el *edadismo*, pueden estar sentando las bases para la aparición del maltrato.

La existencia de una cultura violenta

La tolerancia de la violencia por parte de la sociedad en general se hace presente en cuestiones tan dispares como los juguetes de los niños, las películas y los programas de televisión, los deportes o la forma en que las naciones resuelven los conflictos. Esta aceptación o *normalización* de la violencia hace que ésta impregne nuestras actividades diarias, lo que puede contribuir a la aparición de maltrato.

La violencia intergeneracional dentro de la familia

En algunas familias, la violencia es un patrón de comportamiento habitual. En ellas, las personas aprenden a ser violentas, bien por observación, bien por haber sido ellos mismos víctimas de algún tipo de maltrato. Aquellos miembros

de la familia que hayan aprendido a actuar de forma violenta para conseguir sus objetivos pueden reproducir este mismo patrón de comportamiento en sus propias casas.

Según Muñoz (2004), entre cónyuges, una historia de violencia puede predecir abusos posteriores.

En todo caso, los pocos estudios que han tratado de confirmar la transmisión intergeneracional de la violencia en el caso del maltrato de mayores no han tenido resultados concluyentes (Wolf y Pillemer, 1989).

El edadismo (ageism)

Las actitudes y estereotipos negativos hacia las personas mayores hacen que, en cierta forma, se les deshumanice. Los estudios muestran que estos estereotipos negativos sobre lo que conlleva la vejez están presentes tanto en la población joven como en las personas mayores. Entre estas ideas se encuentra, por ejemplo, la de que las personas mayores pierden poder y control sobre sus vidas con la edad, así como la percepción de los ancianos como frágiles, débiles y dependientes (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2002). Todo esto facilita que otras personas abusen de ellos sin un sentimiento de culpabilidad o remordimiento, y que se les vea como un objetivo perfecto para la explotación (Bytheway, 1994).

MALTRATO DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA FAMILIA EN ESPAÑA. ISABEL IBORRA MARMOLEJO, CENTRO REINA SOFIA, VALENCIA 2008

MALTRATO DE PERSONAS MAYORES: FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE RIESGO		
VICTIMA	AGRESOR	CULTURAL
Mujer	Hombres (maltrato físico) Mujeres (Negligencia)	Transmisión intergeneracional de la violencia
+75 años	Hijos/as o pareja	Normalización de la violencia
Discapacidad física o cognitiva	Dependencia económica de la víctima	Edadismo (discriminación por edad)
Depresión	Depresión, abuso sustancias (alcohol)	
Aislamiento social (convivencia solo con agresor y pocos contactos sociales)	Aislamiento social Estrés (Burnout)	

MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES: GUÍA DE ACTUACIÓN.
Antonio Moya Bernal y Javier Barbero Gutiérrez (coord. IMSERSO 2005)

PERFIL DE LA VÍCTIMA:

- Mujer, viuda, mayor de 75 años de edad.
- Vive con la familia.
- Ingresos inferiores a 6.000 euros al año.
- Fragilidad.
- Depende del cuidador para las actividades de la vida diaria.
- Vulnerabilidad emocional y psicológica.
- Toma más de cuatro fármacos.
- En el último año ha sido visitada por un médico, una enfermera o un trabajador social.

PERFIL DEL RESPONSABLE DE LOS MALOS TRATOS:

- Hijo/a o pareja de la víctima.
- Con trastorno mental.
- Consume alcohol y/o drogas.
- Presenta conflictividad con la persona mayor.
- Escasa preparación para cuidar y no comprende la enfermedad.
- Lleva como cuidador más de 9 años.

5.6.DENUNCIA DE SITUACIONES DE MALOS TRATOS

5.6.1.PERSONAS MAYORES VULNERABLES: MALTRATO Y ABUSO. Consejo General del Poder Judicial, 2010. MEDIDAS JURÍDICAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN. Asunción Perianes Lozano, M.^a Jesús Alia Ramos

Ley de Enjuiciamiento Criminal

Impone la obligación de denunciar a cualquier persona que presenciara la perpetración de cualquier delito público (art. 259 LECr). La misma obligación se impone al que por razón de sus cargos profesionales y oficios tuviera noticia de un delito público (art. 262 LECr).

Código Civil

En los casos en que concurra alguna causa de incapacitación de las previstas en el artículo 200 CCivil, cualquier persona y las autoridades, funcionarios y profesionales que por razón de sus cargos tuvieran conocimiento de dichas causas, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal; en estos casos

son aplicables las normas del Código Civil y de la LEC reguladoras del proceso de incapacitación.

5.6.2.PERSONAS MAYORES VULNERABLES: MALTRATO Y ABUSO. Consejo General del Poder Judicial, 2010. RESPUESTA SOCIAL Y SANITARIA DEL MALTRATO. Carmen Sánchez Carazo, Antonio Martínez Maroto, José A. Díaz Huertas

¿Dónde se encuentran los problemas principales?

La persona mayor suele encubrir al maltratador, sobre todo si es un familiar cercano o su único cuidador. La idea de perder a su cuidador y quedarse sin nadie o de poder causarle un daño a un hijo/a o familiar les produce un terrible rechazo.

Este tipo de relatos vitales, degradantes para la dignidad de la persona se producen en un contexto de intimidación y confianza o no se producen; y esto no suele facilitarse o al menos siempre se facilita. *No siempre hay confianza con el profesional para denunciar un maltrato.*

El camino que lleva a los juzgados o a las comisarías no tiene un fácil recorrido para las personas mayores. Son bastante desconocedoras de qué es lo que tienen que hacer cuando son maltratadas o dónde tienen que denunciar.

Recomendaciones ante el maltrato de las personas mayores:

Ante una situación de maltrato a una persona capaz de tomar decisiones, debe convencerse a ésta para que denuncie, facilitándole los trámites. Si no quiere denunciar y se trata de un maltrato grave, deberá hacerlo el profesional. El profesional debe denunciar, salvo que no tenga pruebas, un posible maltrato. Si se trata de un incapaz o presunto incapaz se debe hablar con el representante legal y que sea él quien denuncie, salvo que éste sea el maltratador. Si no denuncia el representante legal, habría que ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal para que actúe. Por último, la denuncia puede hacerse en el juzgado, en la fiscalía o en las dependencias de la policía o la guardia civil.

5.6.3.BARRERAS PARA LA DETECCIÓN DE LOS MALOS TRATOS

MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES: GUÍA DE ACTUACIÓN. Antonio Moya Bernal y Javier Barbero Gutiérrez (coord. IMSERSO 2005

Por parte de la víctima

No reconocer la existencia de malos tratos. La negación es una de las barreras más comunes y frustrantes para la detección y la información de los MTPM. La

víctima se muestra reticente a admitir que se están produciendo malos tratos y a reconocer la situación que padece.

MOTIVOS

- Temor de la víctima a posibles represalias, a que los malos tratos aumenten en intensidad, a ser institucionalizada, a que si lo cuenta no le dejen ver a sus nietos, a que se le atienda peor en la institución si denuncia malos tratos, etc.
- Temor a que, al revelar la existencia de malos tratos, la persona responsable de los mismos (normalmente, un hijo o una hija) tenga problemas por ello. La víctima puede ocultarlo aunque su vida corra peligro.
- Sentimientos de culpa. Las víctimas pueden culparse, incluso, de la conducta del responsable de los malos tratos, al pensar, por ejemplo, que si hubiesen sido mejores padres, esta situación no habría tenido lugar; o que con su comportamiento son responsables de la situación que se ha generado.
- Vergüenza. La víctima puede tener sentimientos abrumadores de vergüenza por no ser capaz de controlar la situación en la que se encuentra, o porque alguien se pueda enterar de lo que está ocurriéndole y afectar a la reputación del resto de la familia.
- Chantaje emocional por parte de la persona responsable de los malos tratos. Por ejemplo, ésta puede suplicar a la víctima que no descubra los malos tratos: *“Si me quisieras, no lo harías”*.
- Pensar que si lo cuentan a alguien no les va a creer.
- Sufrir deterioro cognitivo. La víctima puede ser incapaz de informar de la situación en la que se encuentra debido a la presencia de problemas de memoria, de comunicación, etc.
- No ser consciente de estar siendo maltratado, ni de sus derechos, o desconocer los servicios disponibles para garantizar los mismos.
- No saber a quién llamar o en quien confiar, o tener sensación de indefensión y pensar que nadie puede hacer nada para ayudarle.
- Creer que buscar ayuda supone admitir el fracaso y tener que aceptar que las cosas no van como “deberían” ir.
- Estar socialmente aislado. Independientemente de las causas del aislamiento, la persona mayor que está aislada tiene muchas menos oportunidades para buscar ayuda o para ser identificada como una persona que necesita ayuda.

- Depender del cuidador. Resulta difícil quejarse de la persona que atiende la mayor parte de sus necesidades diarias.
- No ser consciente de los recursos disponibles o creer que los recursos no son los adecuados.
- Aceptar los malos tratos como algo normal debido a que lleva toda la vida expuesto a ellos.

Por parte del agresor

- Negación. La persona responsable de los malos tratos, al igual que la víctima, niega su existencia.
- Aislamiento. Puede intentar impedir que la víctima tenga acceso al sistema sanitario o a los servicios sociales para evitar que los profesionales detecten los malos tratos.
- Temor al fracaso. Al igual que la víctima, el responsable de los malos tratos puede creer que si admite la existencia de la situación y busca ayuda, estará aceptando que las cosas no van como “deberían” ir y que ha fracasado.
- Rechazo a cualquier forma de intervención, una vez que la persona ha sido identificada como responsable de los malos tratos.

Por parte de los profesionales

- Carecer de la formación o del entrenamiento adecuado para identificar correctamente los signos e indicadores de malos tratos, manejar estos casos, conocer los procedimientos adecuados a la hora de informar de un posible caso de MTPM o saber dónde acudir para conseguir ayuda.
- No disponer de protocolos para la detección, evaluación e intervención ante casos de MTPM o de una buena coordinación para trabajar en equipo.
- No tener los medios adecuados para diagnosticar de forma diferencial los malos tratos cuando las personas mayores se presentan con lesiones y traumatismos o cuando ingresan por problemas de deshidratación, malnutrición, hipotermia o caídas.
- Asumir que la familia siempre proporciona apoyo y buenos cuidados a la persona mayor. Aunque esto es cierto en la mayor parte de las situaciones de cuidado, esta idea ha impedido que los profesionales examinen detenidamente posibles situaciones abusivas.
- Incredulidad. Les cuesta creer que entre los pacientes que ellos tratan existan estas situaciones.

- No disponer de claras directrices acerca de la confidencialidad en situaciones de malos tratos.
- Temor a que la persona responsable del posible maltrato aumente su ira hacia la persona mayor y tome represalias contra ella, o a poner en peligro su relación, como profesional, con la persona mayor o con su familia. Pensar *“si interfiere va a ser peor”* – No querer verse involucrado en cuestiones legales.
- Desconocer los recursos disponibles.
- Sentir impotencia ante las escasas posibilidades de intervención y de utilización de recursos cuando los considera necesarios.
- Mantener actitudes edaístas.
- Tener una escasa concienciación sobre el tema de los MTPM.
- No disponer del tiempo necesario, ni de la intimidad deseada para la realización de una evaluación minuciosa de un posible caso de malos tratos.
- Mantener determinadas actitudes, tales como:

-Ambivalencia: pensar, *por ejemplo*: *“Los asuntos familiares son privados”*.

-Reticencia a enfrentarse a un punto de vista desagradable de la vida familiar.

-Tendencia a culpar, en cierta medida, a la persona que está siendo maltratada: *“Cuidar de una persona mayor es realmente duro. Los mayores deberían cooperar más”*

-Creencias acerca de que, si quisiera, la víctima podría salir de esa situación por sí misma; o bien que las personas responsables de malos tratos son sólo personas mentalmente enfermas.

-Tendencia al corporativismo y a relativizar los MTPM disculpando al compañero desde argumentos como *“un mal día”*, *“sobrecarga asistencial”* o un latente *“hoy por tí, mañana por mí”*.

BARRERAS SOCIOCULTURALES

- Actitudes edaístas.

El edaísmo implica actitudes desfavorables hacia las personas mayores, considerando sus derechos como menos importantes que los de otros miembros de la sociedad “más productivos” y, disminuyendo, así, el valor que se les concede.

- Insuficiente información y /o sensibilización sobre los MTPM. Se producen dificultades para hacer autocrítica y detectar actitudes o conductas que conllevan un alto riesgo de aparición de MTPM.
- Valores culturales

Cuando en el seno de una familia surgen conflictos, con frecuencia, se sigue considerando que la mejor forma de manejarlos es dentro del contexto de la propia familia, percibiendo de forma negativa la intromisión de extraños para su solución.

Así, los familiares son reacios a buscar ayuda externa y, por otro lado, los observadores (vecinos, profesionales, amigos) tienden a no entrometerse en lo que “no es asunto suyo”, como si los malos tratos fueran una cuestión privada.

6. BIBLIOGRAFIA

- Unión Democrática de Jubilados y Pensionistas de España (UDP). *III y IV Seminarios "Malos Tratos y Abusos a Personas Mayores"*. 2003 (Albacete) y Avila (2004). UDP, Madrid 2004
- Unión Democrática de Jubilados y Pensionistas de España (UDP). *"Malos Tratos y abusos a Personas Mayores"*. Cuadernos de Información. UDP, Madrid 2005.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) e de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). *Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales*. IMSERSO, Madrid 2004.
- Ernesto García Sánchez. *El maltrato a los ancianos en el ámbito familiar*. Altabán, albacete 2007.
- Antonio Martínez Maroto (coordinador). *Diez temas jurídicos de portal mayores*. Colección Manuales y guías. Serie Personas Mayores. IMSERSO, Madrid 2006.
- Antonio Moya Bernal y Javier Barbero Gutierrez (coordinadores). *Malos Tratos a Personas Mayores. Guía de Actuación*. IMSERSO, Madrid 2006.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Instituto de Mayores y Servicios sociales (IMSERSO) y Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). *Malos Tratos a Personas Mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. IMSERSO, Madrid 2007.
- J. Daniel Rueda Estrada (Coordinador). *El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio*. Junta de Castilla y León, Valladolid 2008.
- PERSONAS MAYORES VULNERABLES: MALTRATO Y ABUSO. Consejo General del Poder Judicial, 2010. MEDIDAS JURÍDICAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN. Asunción Perianes Lozano, M.^a Jesús Alia Ramos
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Instituto de Mayores y Servicios sociales (IMSERSO) y Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). *Malos Tratos a Personas Mayores. Aportación*

española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. IMSERSO, Madrid 2007.

- MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES: GUÍA DE ACTUACIÓN *Antonio Moya Bernal y Javier Barbero Gutiérrez (coord.). IMSERSO 2005*
- MALTRATO DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA FAMILIA EN ESPAÑA. Isabel Iborra Marmolejo, Centro Reina Sofía, Valencia 2008
- OMS, Informe mundial sobre la violencia y salud, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003
- EL MALTRATO DE LAS PERSONAS DE EDAD: RECONOCER Y RESPONDER AL MALTRATO DE LAS PERSONAS DE EDAD EN UN CONTEXTO MUNDIAL. Informe del Secretario General. Comisión de Desarrollo Social constituida en comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento 2002
- MALTRATO Y ABUSO. Consejo General del Poder Judicial, Madrid 2010.
- MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES: GUÍA DE ACTUACIÓN. *Antonio Moya Bernal y Javier Barbero Gutiérrez (coord.). IMSERSO 2005*
- 25 PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE SALUD Y DERECHOS HUMANOS, Organización Mundial de la Salud (OMS 2002)
- Informes Portal Mayores nº 4. García Férez, José. Univ. Pontificia de Comillas. Cátedra de Bioética, 2003
- Documento Sitges. Análisis y reflexiones sobre la capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia. Editorial Glosa. Barcelona, 2009.
- Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación. Glosa S.L. Barcelona, 2009.