

## PROBLEMAS MÉDICO LEGALES EN RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD. MEDICAL-LEGAL PROBLEMS IN NURSING HOMES

Caballero Casanoves, P  
Licenciada en Medicina. Máster en Medicina Forense  
Universitat de València

Correspondencia: [pris166@hotmail.com](mailto:pris166@hotmail.com)

**Resumen:** Múltiples son los problemas médico legales que se plantean en el día a día de cualquier residencia de la tercera edad. El presente trabajo surge con el objetivo de mostrar dichos problemas, analizarlos y exponer un conjunto de estrategias que permitan solventarlos, y si no es posible, mejorarlos. Para ello se han tenido en cuenta los datos de dos residencias de ancianos, dividiéndose el estudio en cuatro apartados: Capacidad civil, consentimiento informado, internamiento civil y secreto profesional, y haciendo en cada uno de ellos una revisión de la legislación española vigente, un análisis de los datos obtenidos y una búsqueda de problemas y resolución de los mismos.

**Palabras clave:** Residencias de la tercera edad, residencias de ancianos, capacidad civil, consentimiento informado, internamiento civil, secreto profesional.

**Abstract:** Many medical-legal problems arise in everyday life at any nursing home. The aim of this paper is to show those problems, analyze them and display a set of strategies in order to solve them or ameliorate them. Data from two different nursing homes has been taken into account and the study is divided into four sections – civil capacity, informed consent, civil placement and professional secrecy. For every section, we review the existing legislation in Spain, analyze the collected data and search for the problems that may appear as well as their solution.

**Key words:** Nursing homes, homes for the elderly, civil capacity, informed consent, civil placement, professional secrecy.

### INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge con la intención de mostrar los problemas relacionados con la medicina legal que se presentan en las residencias de la tercera edad. Se pretende no solo hacer una revisión de los mismos sino también buscar la forma más adecuada de solucionarlos.

Para el estudio se han tenido en cuenta los datos de dos residencias de ancianos a las cuales llamaremos; residencia A y residencia B, manteniendo por tanto en todo el texto su anonimato.

El análisis se divide en cuatro apartados, que no son más que los cuatro principales problemas médico-legales que se plantean en estos centros residenciales; CAPACIDAD CIVIL, CONSENTIMIENTO INFORMADO, INTERNAMIENTO CIVIL y SECRETO PROFESIONAL. A su vez cada uno de ellos está dividido en tres apartados;

- El primero, se compone de una exposición teórica del concepto médico-legal a tratar, acompañado de la normativa o normativas legales que lo desarrollan.
- El segundo, es la exposición descriptiva de los datos obtenidos del estudio de ambas residencias, que se compone a su vez de una tabla donde se visualizan de forma rápida las cifras, unos gráficos y finalmente una descripción objetiva de los mismos.
- El tercero, es el análisis subjetivo de los datos, los problemas que se extraen del estudio de los mismos en ambas residencias y si son mejorables, de qué forma. Poniéndolos por supuesto en comparación con la normativa legal vigente.

Finalmente, el trabajo culmina con una conclusión donde se exponen los principales problemas médico-legales hallados a lo largo de la investigación y las estrategias de mejora que deberían llevarse a cabo para solucionarlos. Exponiéndose al final la bibliografía consultada.

Realizada esta breve introducción, procedamos con la exposición del estudio llevado a cabo.

### CAPACIDAD CIVIL

#### 1. CONCEPTO DE CAPACIDAD CIVIL Y MARCO LEGAL ESPAÑOL CON RESPECTO A LA MISMA

La CAPACIDAD CIVIL es la suma de la CAPACIDAD JURÍDICA y de la CAPACIDAD DE OBRAR (1).

La CAPACIDAD JURÍDICA, se adquiere por el hecho de ser persona y consiste en la aptitud del ser humano para ser titular de derechos y deberes. Se identifica por tanto con la personalidad jurídica y todo ser humano, dispone de ella, con carácter general: no se otorga, sino que el Derecho la reconoce. La personalidad surge con el nacimiento (art. 29 Código

Civil (3)) y sólo se extingue por la muerte (art. 32 Código Civil (3)).

La CAPACIDAD DE OBRAR, es la capacidad de realizar actos con eficacia jurídica y por tanto presupone cualidades y condiciones que determinan la voluntad libre y consciente. Consiste en:

- La aptitud para regirse a uno mismo
- La aptitud para ejercer los derechos y deberes de los que se es titular.
- Ser capaz de administrar los bienes propios.

La capacidad de obrar genérica lleva por tanto consigo la posibilidad de realizar de forma válida todos los actos jurídicos de la vida civil y le corresponde a la persona mayor de edad y capaz y esta capacidad descansa sobre dos pilares, la inteligencia y la voluntad.

Por tanto, la capacidad jurídica la tienen todas las personas desde el momento de su nacimiento por el mero hecho de ser personas, mientras que la capacidad de obrar se obtiene una vez alcanzada la mayoría de edad. La capacidad jurídica es de orden público, no tiene ningún tipo de restricción o limitación, mientras que la capacidad de obrar puede ser limitada. Esta última por tanto no es universal, no sólo los menores carecen de ella sino que en ciertos casos legalmente establecidos en el adulto puede ser privado total/parcialmente de ella mediante el proceso de incapacitación civil. Este proceso supone la limitación de la capacidad y el sometimiento del incapacitado a la tutela o curatela, para que un 3º (tutor/curador), vele por sus intereses o complemente la capacidad de aquél para la válida ejecución de ciertos actos de contenido jurídico.

Su finalidad es siempre, la protección del incapaz, cuya declaración sólo puede ser concedida por la autoridad judicial y por sentencia firme tras la tramitación del oportuno procedimiento.

La capacidad civil, así como el proceso de incapacitación, vienen regulados por; el Código civil español (3) (Aprobado en el R.D. del 24 de julio de 1.889) y más concretamente por el Libro I; Título IX; Art. 199-214 (Actualmente derogados del artículo 202 al 214 por la ley de enjuiciamiento civil) y por la Ley de enjuiciamiento civil (4) (1/2000, 7 de Enero) Libro IV, Título 1, Capítulo II.

A modo de síntesis la legislación expone que nadie puede ser declarado incapaz si no es por sentencia judicial firme, siendo causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma.

La declaración de incapacitación puede promoverla el presunto incapaz, el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable. El Ministerio Fiscal deberá promover la incapacitación si las personas mencionadas en el apartado anterior no existieran o no la hubieran solicitado. Además cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de incapacitación.

En los procesos de incapacitación, además de las pruebas el tribunal oír a los parientes más próximos del presunto incapaz, examinará a éste por sí mismo y acordará los dictámenes periciales pertinentes. Siempre debe hacerse una valoración médica previa a la sentencia para auxiliar al juez.

La sentencia que declare la incapacitación determinará la extensión y los límites de ésta, así como el régimen de tutela o guarda a que haya de quedar sometido el incapacitado, y se pronunciará, en su caso, sobre la necesidad de internamiento. El tribunal nombrará a las personas que con arreglo a la ley hayan de representar al incapaz. La incapacitación, si cambian las circunstancias del incapacitado, es un proceso reversible siempre por sentencia judicial.

Conocida la legislación vigente procedamos con el desglose del ARTÍCULO 200 del Código Civil (3):

"Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí misma"

Las enfermedades o deficiencias a las que hace referencia tienen que cumplir lo siguiente:

- o Deben existir en el momento de plantear la incapacidad.
- o No puede tratarse de enfermedades anteriores que ya hayan sido superadas.
- o Han de ser actuales y persistentes, duraderas y de evolución crónica.
- o De las que no sea previsible una mejoría notable o sustancial, ni de forma espontánea, ni recurriendo a las terapias válidas de ese momento.

- o Se podrá contemplar la modificación de la incapacidad en caso de nuevas terapias que mejoren la evolución de la enfermedad.

Lo esencial no es padecer una determinada forma de enfermedad o deficiencia física o psíquica, sino que por sus características den lugar a consecuencias sobre la capacidad de obrar.

Por tanto, para incapacitar civilmente a una persona se tienen en cuenta:

1. **PATOLOGÍAS FÍSICAS:** Serán causas que puedan dificultar el cuidado de uno mismo, precisando la ayuda de otros e impidiendo que sea autónomo para subsistir o para escapar de potenciales peligros.

Lo más importante a considerar es como anulan o disminuyen las facultades intelectivas y volitivas de la persona en relación a:

- § La posibilidad de cuidar de sí mismo.
- § La posibilidad de administrar adecuadamente sus propios bienes.
- § La dependencia de una 3ª persona para las cuestiones más elementales

2. **PATOLOGÍA PSÍQUICAS:** Todo tipo de anomalías, alteraciones o trastornos de este orden que puedan llegar a tener incidencia sobre el autogobierno.

3. **EFFECTOS:** Para que un trastorno sea causa de incapacidad no es suficiente tan sólo con su existencia. Se precisa que ofrezca una sintomatología suficiente para producir unos efectos. Además, estos efectos deberán presentarse en el sentido de impedir el autogobierno, la capacidad de cuidarse a sí mismos y la capacidad de administrar sus bienes.

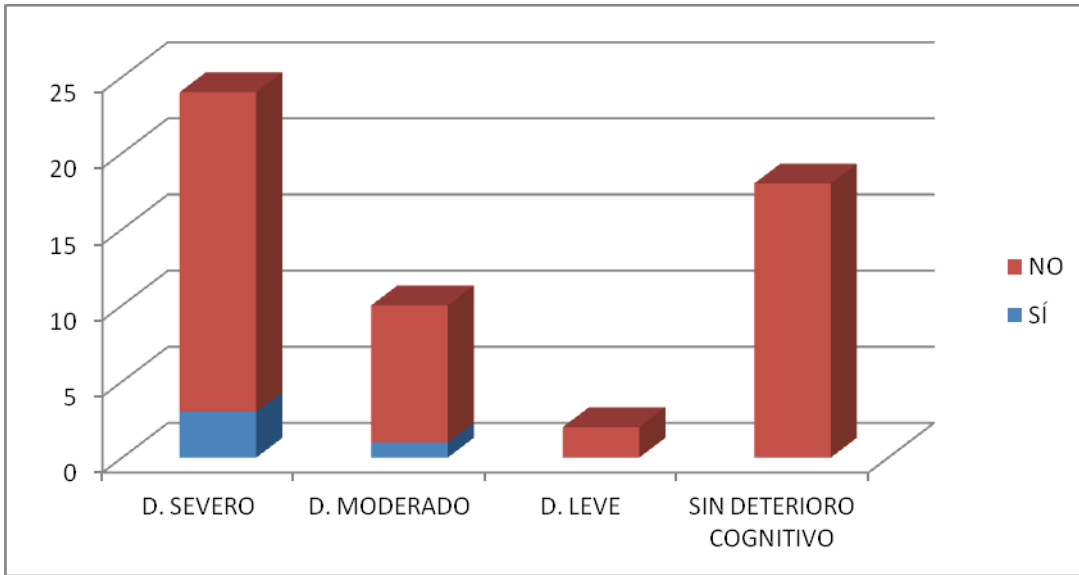
4. **PERSISTENCIA:** Este concepto es empleado por los sistemas de clasificación de enfermedades internacionales para los trastornos de larga evolución. Las patologías persistentes serán aquellas que por su propia naturaleza tengan esa característica y las que no hayan mejorado ni ofrezcan posibilidad real o expectativas razonables de mejoría con los tratamientos existentes actualmente.

Expuesta toda la teoría con respecto a la incapacitación civil, veamos a continuación en que situación con respecto a la misma se encuentran las dos residencias de la tercera edad sometidas a estudio.

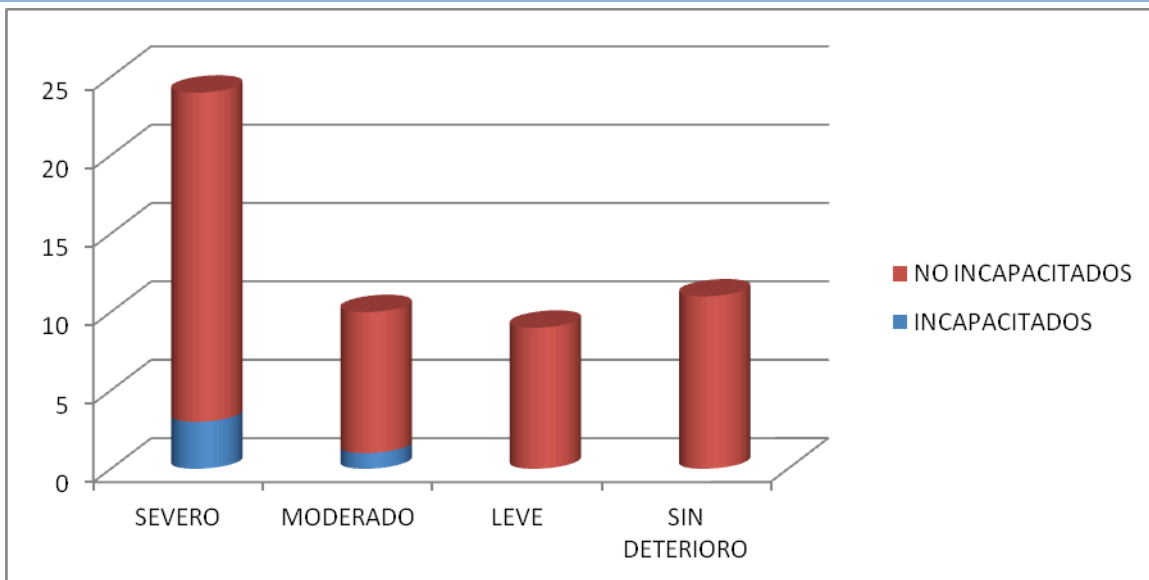
## 2. ESTUDIO DE LA SITUACIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRAN LAS DOS RESIDENCIAS DE ANCIANOS ESTUDIADAS CON RESPECTO A LA INCAPACITACIÓN CIVIL (13)

### RESIDENCIA A:

GRADO DE D. COGNITIVO	INCAPACITADOS	NO INCAPACITADOS	TOTAL
D. SEVERO	3	21	24
D. MODERADO	1	9	10
D. LEVE	0	2	2
SIN DETERIORO COGNITIVO	0	18	18
TOTAL	4	50	54

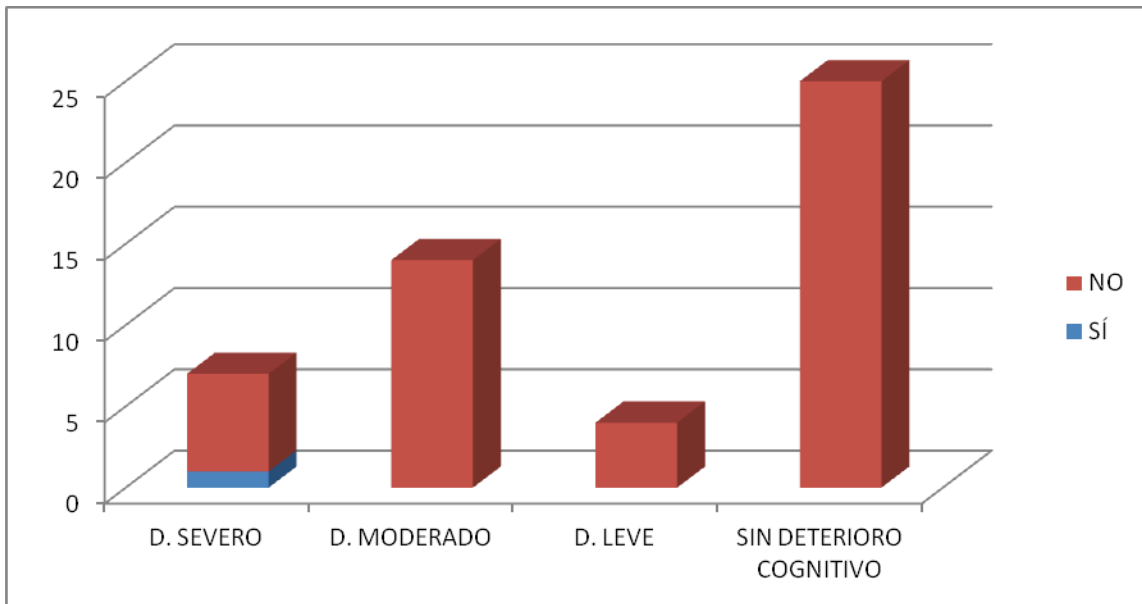


GRADO DE D. FÍSICO	INCAPACITADOS	NO INCAPACITADOS	TOTAL
SEVERO	3	21	24
MODERADO	1	9	10
LEVE	0	9	9
SIN DETERIORO	0	11	11
TOTAL	4	50	54

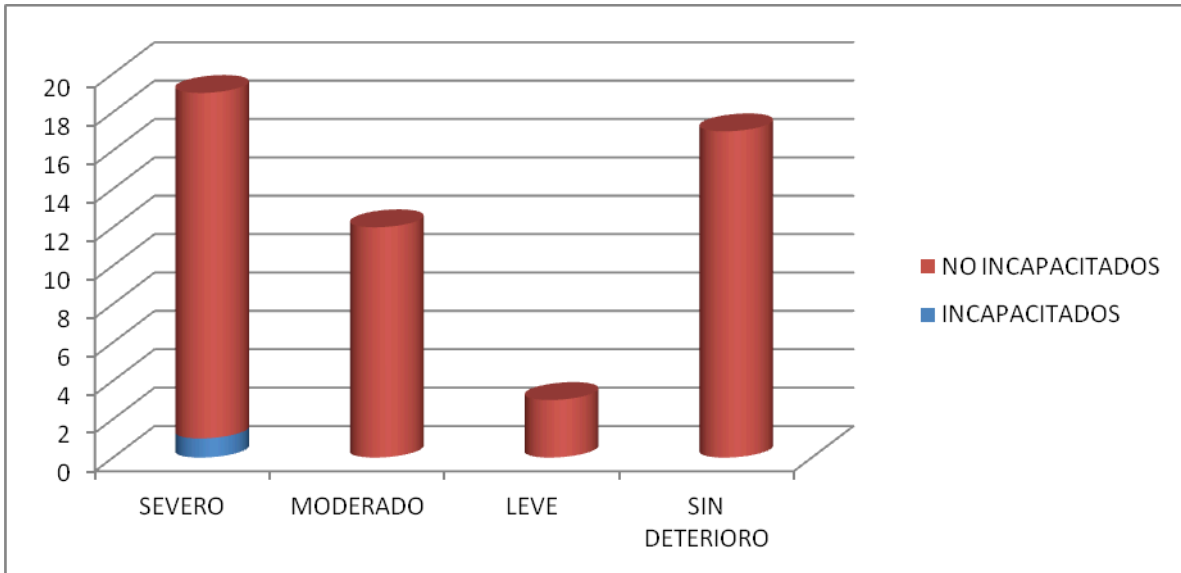


RESIDENCIA B:

GRADO DE D. COGNITIVO	INCAPACITADOS	NO INCAPACITADOS	TOTAL
D. SEVERO	1	6	7
D. MODERADO	0	14	14
D. LEVE	0	4	4
SIN DETERIORO COGNITIVO	0	25	25
TOTAL	1	49	50



GRADO D. FÍSICO	INCAPACITADOS	NO INCAPACITADOS	TOTAL
SEVERO	1	18	19
MODERADO	0	12	12
LEVE	0	3	3
SIN DETERIORO	0	17	17
TOTAL	1	49	50



Al analizar los datos observamos que:

- En la RESIDENCIA A;

**DETERIORO COGNITIVO:** De un total de 54 residentes única y exclusivamente hay 4 incapacitados civilmente. Y de esos 4 cabe destacar que 3 están incapacitados desde que eran menores de edad como consecuencia de su retraso mental. Luego solo 1 ha sido incapacitado en la edad adulta como consecuencia de su merma cognocistiva. Sin embargo observamos que de los 54 residentes hay 21 que padecen un deterioro cognitivo severo y 9 un deterioro cognitivo moderado según el test de Pfeifer y son capaces civilmente.

**DETERIORO FÍSICO:** De un total de 54 residentes, 7 tienen una dependencia severa para la realización de las actividades de la vida diaria según la escala Barthel, y tres de ellas están incapacitadas. Existen 9 personas con un deterioro físico moderado, y de ellas solo una está incapacitada civilmente. En total hay 20, sumando las que tienen una dependencia física mínima y las que son independientes, de las cuales no hay ninguna incapacitada.

- En la RESIDENCIA B:

**DETERIORO COGNITIVO:** De un total de 50 residentes, única y exclusivamente hay 1 incapacitado civilmente. Sin embargo, observamos que de los 50 residentes hay 6 que padecen un deterioro cognitivo severo y 14 que padecen un deterioro cognitivo moderado según el test de Pfeifer y son capaces civilmente. Cabe destacar que en esta residencia hay 3 psicóticos; 2 en los que no existe deterioro cognitivo y no están incapacitados y 1 con deterioro cognitivo moderado que tampoco está incapacitado.

**DETERIORO FÍSICO:** De un total de 50 personas, hay 19 que precisan una dependencia total para la realización de las actividades de la vida diaria según la escala de Barthel, y solo 1 de ellas está incapacitada civilmente. Del resto de residentes, 12, 3 y 17, con dependencias moderadas, leves e independientes respectivamente no existe incapacitación civil.

### 3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y PROBLEMAS ML QUE SE DERIVAN DE LA MISMA.

Tras analizar los datos de ambas residencias podemos llegar a la conclusión de que el proceso de incapacitación civil se lleva a cabo con escasa frecuencia. Si tenemos en cuenta el artículo 200 del CC (3); "Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí misma" muchos de estos residentes deberían estar incapacitados civilmente ya que cumplen los requisitos que marca la ley.

Según la Ley de Enjuiciamiento civil (4), anteriormente descrita, en su artículo 757 dice lo siguiente "La declaración de incapacidad puede promoverla el presunto incapaz, el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes, o los hermanos del presunto incapaz" y también "Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal". Si esto es así, ¿Por qué no se hace? ¿Quizá y probablemente, por desconocimiento de la ley tanto por parte de la familia como por parte de los trabajadores del centro, entre ellos, el médico responsable de la residencia o quizá también por desconocimiento de la importancia que la incapacitación civil puede tener en un momento determinado? La incapacitación civil, al fin y al cabo, siempre tiene como objetivo la protección del incapaz y de sus bienes.

A continuación será expuesta la importancia de llevar a cabo la incapacitación civil ante diversas situaciones que se plantean de forma cotidiana en las residencias de la tercera edad; la capacidad civil como base de un derecho: EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

##### 1. CONCEPTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y MARCO LEGAL ESPAÑOL CON RESPECTO AL MISMO.

Tal y como expone el profesor Gisbert-Calabuig (1) toda actuación médico-terapéutica supone la vulneración de algún bien jurídicamente protegido:

- La integridad física, por ejemplo en el caso de la cirugía.
- La libertad, por ejemplo en internamientos en hospitales
- La intimidad, es decir, el conocimiento de muchos datos sensibles con respecto a la vida del individuo.
- La manipulación de su dignidad.

Todos estos bienes están salvaguardados por la ley y el estado tiene el deber de protegerlos y regularlos. Son, por tanto, objeto de protección penal y su vulneración da origen a diferentes delitos penales.

Lo más importante es partir de un principio general que debe respetarse siempre: LA NECESIDAD DE CONTAR CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE LEGAL PARA CUALQUIER TIPO DE INTERVENCIÓN MÉDICA.

El actuar en contra de la voluntad del enfermo, además de la responsabilidad moral en la que se incurre, daría origen a una sanción deontológica e incluso penal.

El consentimiento informado a lo largo de la historia ha evolucionado en dos etapas:

- **ETAPA PRECONSTITUCIONAL:** Desde Hipócrates hasta los años 80 en el caso de España. Regulada por el principio de la beneficencia del enfermo. Era una medicina paternalista. El consentimiento en este caso era irrelevante. Era el médico el experto en la materia y el que debía decidir.
- **ETAPA CONSTITUCIONAL:** Esta etapa viene presidida por el derecho a la autonomía del paciente, es éste mismo el que debe decidir sobre su salud tras la información pertinente en cada caso. Existe un contrato civil entre el médico y el paciente. El CP actual del año 1995 (8) ya tiene en consideración la autonomía del paciente.

Además del CP del año 95 (8), actualmente existe una amplia normativa que regula el CONSENTIMIENTO INFORMADO, y además existen otras legislaciones que por supuesto lo tienen en cuenta, por ejemplo, la legislación en materia de trasplante de órganos L.30/1979 y su RD 2070/99. Así como la legislación de técnicas de reproducción asistida (L.14/2006). En cualquier caso, cabe mencionar la LEY GENERAL DE SANIDAD 14/86 (5) que en su artículo 10 recoge

el consentimiento del enfermo y supone la base de desarrollo de la ley actual por la cual viene regulado el consentimiento informado, la ley 41/2002 (6), de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

A modo resumen, la ley 41/2002 (6) establece en su capítulo II el derecho de información sanitaria, en el que se establece el derecho del paciente a ser informado sobre su salud y sobre las actuaciones sanitarias que le afecten como persona. También expone que cuando el paciente, a 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.

En el capítulo IV, se establece el derecho de autonomía del paciente. Es decir, el derecho a tomar decisiones libres sobre salud y otras actuaciones sanitarias que afecten a su persona. También se establecen unos supuestos muy puntuales en los que no es necesario llevar a cabo el consentimiento informado; cuando existe riesgo para la salud pública, cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica y cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones de forma autónoma o bien a criterio del médico responsable de la asistencia, o bien porque está incapacitado legalmente o bien porque es menor de edad.

En el capítulo IV también se regula el documento de Instrucciones previas, en el cual 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 expresarla personalmente.

Finalmente, el consentimiento informado también viene regulado por algunos artículos del CÓDIGO DEONTOLÓGICO general de los COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS (2). Más concretamente por los artículos 12 y 13 donde establece lo mismo que la Ley 41/2002 (6).

## 2. ESTUDIO DE LA SITUACIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRAN LAS DOS RESIDENCIAS DE ANCIANOS ESTUDIADAS CON RESPECTO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO (13).

Dicho todo esto, a continuación, voy a pasar a exponer los problemas más frecuentes que con respecto al consentimiento informado surgen en las residencias de la tercera edad y más concretamente en las dos sometidas a estudio.

El médico de la residencia muy frecuentemente se encuentra ante el problema de las llamadas SUJECIONES las cuales pueden ser o bien físicas o bien químicas, estas tienen siempre como finalidad la protección del sujeto en el que se llevan a cabo.

En todas las situaciones, es el médico de la residencia el que tras estudiar cada uno de los casos hace una recomendación, llevar a cabo una sujeción o no. Puesto que generalmente las sujeciones se usan en sujetos que tienen una alteración cognitiva será a la familia o a los allegados a los que el médico les hace una recomendación de sujeción por escrito y les informa en que consiste la medida, riesgos y beneficios de la misma y será por tanto la familia la que decida si se lleva a cabo o no. Cumpliendo por tanto el artículo 5.3; expuesto anteriormente; “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”

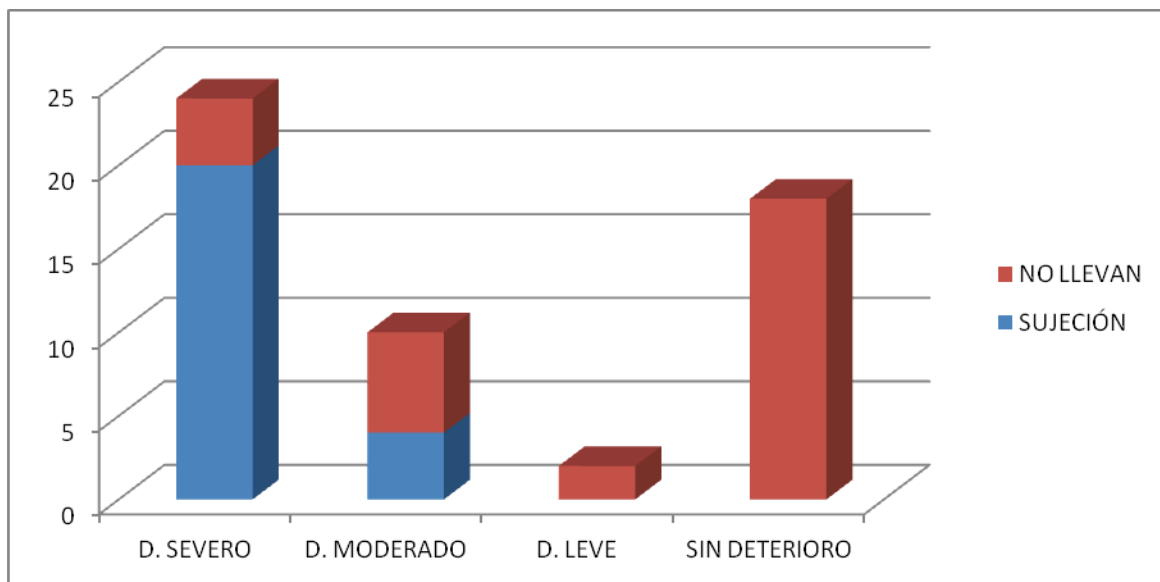
En el anexo 1 del presente trabajo se adjunta un modelo de autorización de una sujeción recomendada (13).

En las residencias sometidas a estudio nos encontramos con la siguiente situación con respecto a las sujeciones (13).



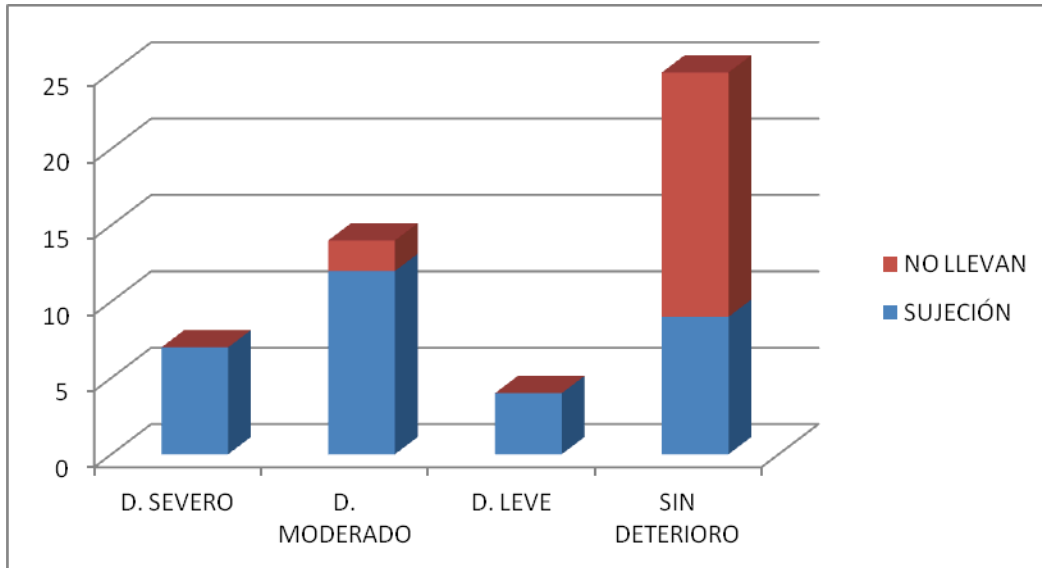
RESIDENCIA A:

GRADO DE DETERIORO	SUJECIÓN	NO LLEVAN	TOTAL
D. SEVERO	20	4	24
D. MODERADO	4	6	10
D. LEVE	0	2	2
SIN DETERIORO	0	18	18
TOTAL	24	30	54



RESIDENCIA B:

GRADO DE DETERIORO	SUJECIÓN	NO LLEVAN	TOTAL
D. SEVERO	7	0	7
D. MODERADO	12	2	14
D. LEVE	4	0	4
SIN DETERIORO	9	16	25
TOTAL	32	18	50



De los datos anteriores obtenemos las siguientes conclusiones:

- RESIDENCIA A: 24 de los 54 residentes llevan algún tipo de sujeción y dentro de estos 20 de un total de 24 padecen un deterioro cognitivo severo según el test de Pfeifer y 4 de ellos de un total de 10 padecen un deterioro cognitivo moderado. Ninguno de los residentes con deterioro cognitivo leve ni ninguno de los sin deterioro cognitivo llevan ningún tipo de restricción de la movilidad.
- RESIDENCIA B: 32 de los 50 residentes llevan algún tipo de sujeción y dentro de estos 7 de los 7 que padecen un deterioro cognitivo severo según el test de Pfeifer, 12 de los 14 que padecen un deterioro cognitivo moderado y 9 de los 16 sin deterioro cognitivo. En este caso llama la atención que aquellos sujetos con la capacidad de decisión totalmente íntegra lleven sujeción, cabe aclarar que simplemente se trata de barandillas en la cama, y en este caso ellos mismos firmaron tras ser informados la hoja de permiso de restricción, pudiéndola revocar cuando deseen.

Tras describir todos los datos de forma objetiva se extraen una serie de conclusiones. El procedimiento de las sujeciones se lleva a cabo correctamente en ambas residencias. En aquellos casos que el facultativo lo considera y cumpliendo con el CONSENTIMIENTO INFORMADO pertinente tal y como marca la ley 41/2002 (6) de autonomía del paciente hace una recomendación que es o no aceptada.

Hasta ahí todo es correcto, de la misma forma que es correcto en aquellos casos en los que los sujetos no sufren ningún tipo de merma cognoscitiva que firmen el consentimiento pertinente que les atañe tras la información dada, sin embargo ¿Qué pasa con aquellos sujetos que sí que tienen una merma cognoscitiva? ¿Qué problemas se derivan de ahí y de la toma de decisión por parte de la familia?

Puesto que además de las sujeciones hay otros temas que se plantean en las residencias y de los que surgen exactamente los mismos interrogantes vamos a proceder a explicarlos al igual que hemos hecho con las sujeciones y posteriormente contestaremos de forma conjunta a las dos cuestiones que han surgido.

No es infrecuente que en un centro institucional de la tercera edad nos encontremos con el caso de una demencia severa no recuperable que deja de alimentarse por sí mismo y surja la posibilidad de alimentarlo a través de una SONDA NASOGÁSTRICA. En este caso, y de la misma forma que en el caso de las sujeciones, lo que se hace es informar a la familia de la situación y ofrecerle la posibilidad de que decida sobre si se mantiene la vida mediante una alimentación

enteral o no. Uno de los modelos de consentimiento informado que se ofrece es el que se adjunta en el Anexo 2 (13) del presente trabajo.

Es la familia por tanto la que decide si se sonda o no al paciente tras escuchar la información por parte del médico.

A tenor de este precepto, cabe citar que en la RESIDENCIA A, se está llevado a cabo un nuevo proyecto y es el de realizar el DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS en el momento del ingreso en aquellos sujetos que no sufran ningún tipo de merma cognocistiva así como en aquellos que ya habitan en la residencia y que tampoco la sufren para poder actuar en estos casos según la voluntad consciente del paciente sin necesidad del consentimiento por parte de la familia. El modelo de documento de voluntades anticipadas que se va a utilizar es el de la Comunidad Valenciana que es evidentemente el que corresponde por la localización de las residencias y el cual se adjunta en el Anexo 3 (12).

Con la realización de este documento el médico de la residencia simplemente tendría que seguir las pautas establecidas por el paciente según su voluntad sin tener que tomar ninguna decisión de forma aislada.

Otra de las circunstancias con las que frecuentemente nos encontramos en las residencias es EL LLEVAR A CABO UN TIPO DE TRATAMIENTO U OTRO O SIMPLEMENTE NO TRATAR. En este caso los sujetos que tienen plena capacidad cognitiva toman la decisión tal y como marca la ley de llevar a cabo un tratamiento determinado o no tras el pertinente consentimiento informado. En aquellos casos en los que existe una merma cognocistiva es la familia la que toma las decisiones por ellos.

Ejemplo, señora sin ningún tipo de merma cognocistiva que se niega a tomar todo el tratamiento pautado y a llevar la alimentación pautada por el médico como recomendable de cara a sus patologías. En este caso el médico debe informarla, asesorarla pero jamás imponer, la última decisión la tiene ella misma. Y así ha sido. Quedando todo perfectamente registrado en la historia clínica.

Por tanto y en resumen, está claro que en aquellos residentes en los que no exista deterioro cognitivo no hay ningún tipo de problema de cara a las circunstancias planteadas anteriormente, ellos deciden sobre su salud y su situación. El problema le surge al médico de la residencia cuando la persona susceptible de recibir una medida o un tratamiento padece un deterioro cognitivo. En estos casos y según marca la ley 41/2002 (6) de la autonomía del paciente; Art.9 LOS LÍMITES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO; 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 tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

Tal y como marca la ley, 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 serán tomadas por las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. Esto se lleva a cabo tal cual en ambas residencias. El médico de la residencia es el encargado de decidir si un sujeto es capaz de tomar o no decisiones. Por tanto el problema surge en que el médico asistencial tiene la GRAN RESPONSABILIDAD de DECIDIR QUIEN DECIDE. Lo cual puede plantear moralmente situaciones verdaderamente difíciles.

Ejemplo, sujeto que padece un deterioro cognitivo grave, capaz de comunicarse, que sufre una degeneración psicofísica progresiva, y el cual llega a una situación en la que es incapaz de alimentarse por vía oral y de forma natural. El médico, considera que es una situación irrecuperable por las condiciones en las que se encuentra el sujeto y surge la cuestión ¿Ponemos una sonda nasogástrica de alimentación enteral? El médico se encuentra ante el gran dilema ¿Quién decide? ¿La familia o el sujeto? En este caso el médico considera que por su deterioro cognitivo la decisión la tiene la familia, los cuales contestan que sí, que se le ponga una sonda. La sonda se coloca y el paciente unos días más tarde se la quita. El enfermero de turno va a colocársela y el paciente dice; “no por favor, déjame ya en paz” En este caso ¿realmente el médico de la residencia ha decidido correctamente quien decide?

La situación anterior no es raro encontrarla, por ello es importante poner solución antes de llegar a estos extremos. ¿Cómo? Pues una de las soluciones sería tramitar la INCAPACITACIÓN CIVIL. En estos casos el médico de la residencia hace una recomendación que es supervisada por más personas, en este caso al menos un juez y un forense, por tanto la responsabilidad no recae sobre un mismo sujeto. Si se incapacita a un sujeto ya está claro que llegados a este punto decide la familia.

Otra solución al problema todavía mejor es realizar en aquellos casos que todavía sea posible el documento de voluntades anticipadas y actuar llegado a este extremo según la voluntad del paciente respetando por tanto su libertad. De ahí la medida que se quiere llevar a cabo en la residencia A. Al fin y al cabo el problema fundamental es moral.

Por todo lo descrito anteriormente, es importante mejorar la llevada a cabo de la INCAPACITACIÓN CIVIL en los centros residenciales que como hemos expuesto se realiza de forma poco frecuente. Además, siempre es importante porque es una forma de proteger al incapaz, por ejemplo en aquellos casos en los que los sujetos padezcan un deterioro cognitivo moderado y su firma todavía sirva para cualquier contrato civil. No es raro encontrar casos en los cuales hay una cesión de propiedades por parte de un sujeto con un deterioro cognitivo.

## INTERNAMIENTO CIVIL

### 1. CONCEPTO DE INTERNAMIENTO CIVIL Y MARCO LEGAL ESPAÑOL CON RESPECTO AL MISMO (1).

Internamiento significa “acción de internar”, es decir, meter o dejar a una persona en un lugar, especialmente en una institución, para que permanezca en ella o para someterla a un tratamiento.

Por tanto, el internamiento es un tipo de medida terapéutica actualmente válida y supone una opción a la que se debe recurrir en aquellos casos en los que resulte indicado. Si bien debe ser una medida excepcional o al menos aplicada con criterios restrictivos y de la menor duración posible.

La regulación de las garantías de los enfermos psíquicos ante los internamientos pretende asegurar que éstos no se llevan a efecto más que en determinados casos en los que realmente existe una indicación y justificación por motivos estrictamente médicos.

En España se distinguen dos tipos de internamientos (11):

1. **VOLUNTARIO:** Es el internamiento no judicial que se establece por contrato entre el paciente y la institución. Este contrato terapéutico implica que el paciente puede abandonar el tratamiento y pedir voluntariamente el alta, lo que es preceptivo conceder, ya que no se puede retener a nadie en contra de su voluntad sin previa autorización judicial.

Sin embargo, si durante la permanencia del enfermo en el centro se produjera un empeoramiento del cuadro que motivó su ingreso y el médico responsable considera imprescindible mantener el internamiento deberá comunicarlo al juez en menos de 24 horas, pasando entonces a ser un internamiento involuntario civil.

2. **INVOLUNTARIOS:** Dentro de este tipo se distinguen a su vez dos modalidades:

1. **Internamiento civil:** Es sin duda el tipo que más problemas suscita y el de importancia en el presente trabajo, ya que son de este tipo los internamientos que se producen en las residencias de la tercera

edad.

No existen criterios claros de internamiento civil involuntario, hay que valorar cada caso en particular; cuadro psicopatológico de cada persona, situación socio-familiar...tradicionalmente se citan los siguientes criterios que justifican el internamiento involuntario:

- El pensamiento y/o la conducta del paciente plantean un peligro para sí mismo y/o para los demás.
- El pensamiento y la conducta del paciente son intolerables para el entorno.
- El tratamiento ambulatorio ha fracasado.
- El paciente presenta una patología psiquiátrica cuyo tratamiento requiere un medio hospitalario.
- La separación del entorno es esencial para el tratamiento.
- La hospitalización está indicada para una evaluación diagnóstica que no puede realizarse en régimen ambulatorio.

Finalmente, dentro del internamiento civil involuntario hay 2 modalidades:

1. El internamiento de urgencia (a posteriori); que es cuando se produce el ingreso previamente a la obtención de la autorización judicial. Debe darse parte al juzgado antes de las 24 horas.
2. El internamiento con autorización/ratificación judicial a priori: en este caso se solicita al juzgado el internamiento de un sujeto o bien a petición de la familia o bien por recomendación médica. Este es el que se lleva a cabo en las residencias de ancianos.

2. Internamiento penal: Es el internamiento que se produce por orden judicial en un sujeto que ha cometido un delito penado por el código penal español y en el que se considera la necesidad de internamiento como medida terapéutica en un sujeto con las bases psico-biológicas de la imputabilidad alteradas.

En el presente tema nos interesan única y exclusivamente el internamiento voluntario y sobre todo el INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO CIVIL, es por ello que a continuación expondré un desglose de la ley española en esta materia.

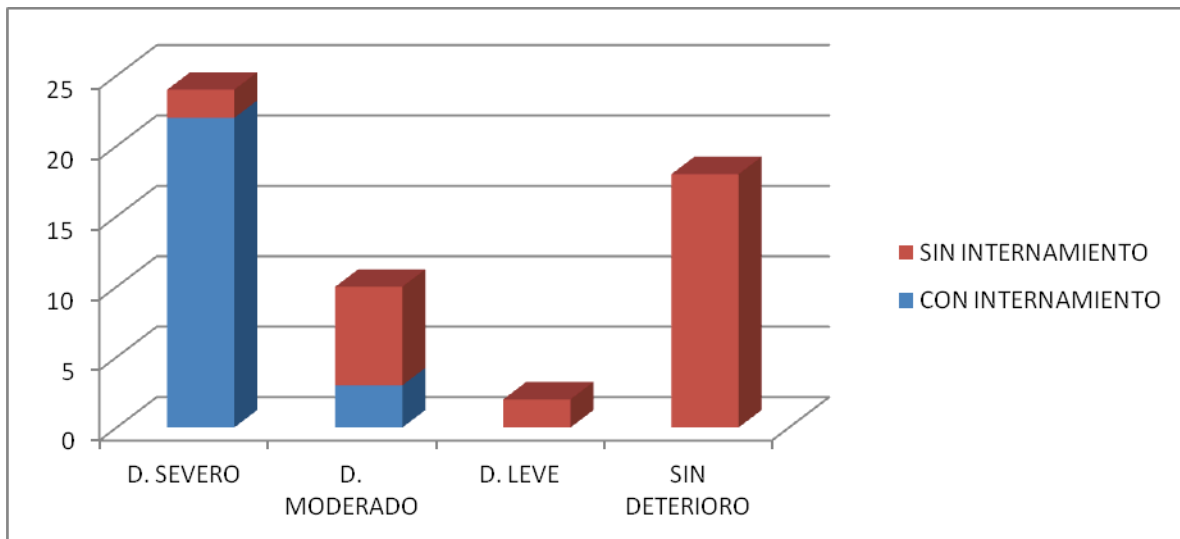
El internamiento civil viene regulado por el ARTÍCULO 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (4), que deroga al artículo 211 del código civil español. A modo resumen el artículo 763 dice que el internamiento civil por razón de trastorno psíquico requerirá siempre autorización judicial. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente antes de 24 horas. Antes de conceder la autorización o de ratificarla el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente. Además, el tribunal deberá oír el dictamen de un facultativo médico. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, generalmente cada seis meses.

Expuesta toda la teoría con respecto al internamiento civil, veamos a continuación en que situación con respecto al mismo se encuentran las dos residencias de la tercera edad sometidas a estudio.

2. ESTUDIO DE LA SITUACIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRAN LAS DOS RESIDENCIAS DE ANCIANOS ESTUDIADAS CON RESPECTO AL INTERNAMIENTO CIVIL (13).

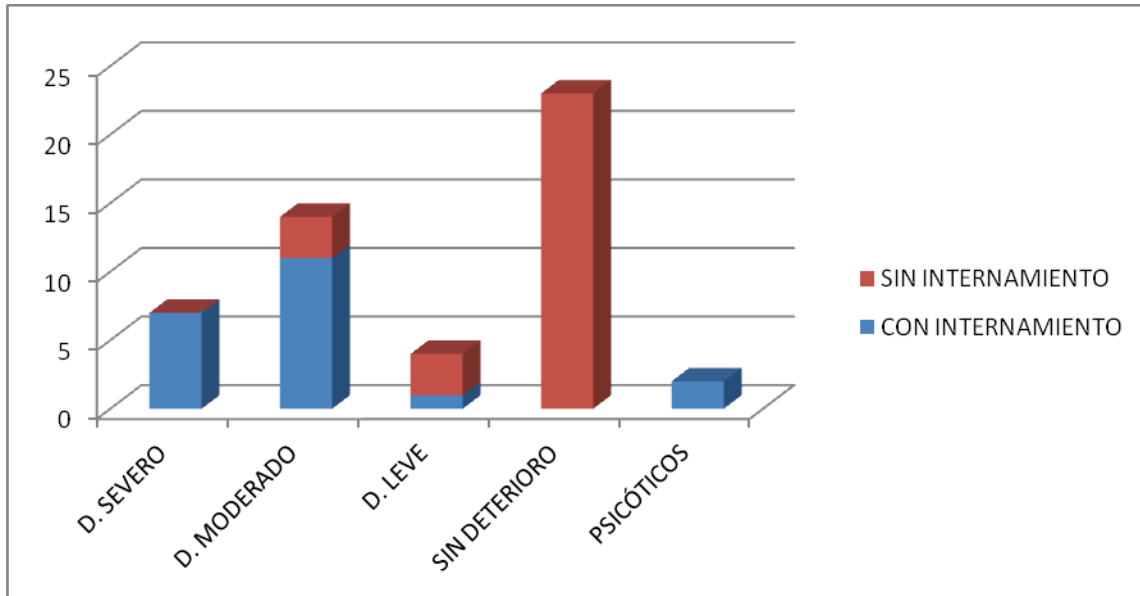
RESIDENCIA A:

GRADO DE D. COGNITIVO	CON INTERNAMIENTO	SIN INTERNAMIENTO	TOTAL
D. SEVERO	22	2	24
D. MODERADO	3	7	10
D. LEVE	0	2	2
SIN DETERIORO	0	18	18
TOTAL	25	29	54



RESIDENCIA B:

ESTADO MENTAL	CON INTERNAMIENTO	SIN INTERNAMIENTO	TOTAL
D. SEVERO	7	0	7
D. MODERADO	11	3	14
D. LEVE	1	3	4
SIN DETERIORO	0	23	23
PSICÓTICOS	2	0	2
TOTAL	21	29	50



Al analizar los datos observamos que:

- RESIDENCIA A: Al analizar los datos observamos que en esta residencia 25 de sus 54 residentes tienen un internamiento judicial. De los cuales 22 padecen un deterioro cognitivo severo y 3 un deterioro cognitivo moderado. Ningún residente con deterioro leve ni totalmente normal tiene internamiento civil.
- RESIDENCIA B: En este caso observamos que 21 de sus 50 residentes tienen un internamiento civil. 7 de ellos padecen un deterioro cognitivo severo, 11 un deterioro cognitivo moderado y 1 un deterioro cognitivo leve según el test de Pfeifer. Además hay 2 psicóticos sin deterioro cognitivo que también tienen un internamiento civil. Por otra parte, 3 de las personas con deterioro cognitivo leve y el total de los sujetos sin deterioro cognitivo no tienen internamiento. Tampoco lo tienen 3 residentes con deterioro cognitivo moderado.

### 3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y PROBLEMAS ML QUE SE DERIVAN DE LA MISMA.

Tras analizar los datos de ambas residencias con respecto al internamiento civil podemos observar que este se lleva a cabo con frecuencia ya que en los dos casos casi el 50% de sus habitantes tienen un internamiento civil.

En el caso de la residencia A, llama la atención que existen 2 casos de deterioro cognitivo severo, según la escala de Pfeifer, en los que no se ha llevado a cabo el internamiento civil. En ambos casos se trata de dos personas que habitan en la residencia desde hace años y que padecen un deterioro cognitivo muy severo, ambos ni hablan ni se mueven. El motivo quizá haya sido una falta de revisión de los casos por falta de necesidad. En lo que se refiere a los deterioros cognitivos moderados, la situación es muy variable y se ha estudiado cada caso en particular no considerándose en 7 de ellos el internamiento de un total de 10.

En el caso de la residencia B, todos los sujetos con un deterioro cognitivo severo según el test de Pfeifer tienen un internamiento civil. En el caso de los que padecen un deterioro cognitivo moderado 11 de los 14 lo tienen, al igual que en la residencia número A, se ha valorado cada uno de los casos en particular y en virtud a sus circunstancias se ha decidido. En este caso existen también 2 internamientos civiles en sujetos que no presentan deterioro cognitivo pero si una patología psicótica por la cual también está indicado el internamiento civil. Finalmente llama la atención que un sujeto con deterioro cognitivo leve tenga un internamiento civil concedido, este caso se trata de un problema social en el que se ha decidido por parte del médico de la residencia y el juzgado que es lo más apropiado. Evidentemente, ninguna de las personas sin deterioro cognitivo tienen un internamiento.

En el anexo 4 (13) se adjunta un ejemplo de uno de los informes médicos que se envían al juzgado para iniciar el proceso de internamiento o para mantener la medida tal y como establece la ley; en este caso se trata de un informe de necesidad de mantenimiento del internamiento.

Expuesto todo lo anterior, podemos concluir con que existe por parte de ambas residencias en general un correcto conocimiento y manejo de la ley de internamiento civil. En esta situación no solo recae la responsabilidad en el médico de la residencia el cual realiza el informe de internamiento sino que también recae sobre el juez de primera instancia y el médico forense quienes ratifican o no la iniciativa del médico asistencial.

## SECRETO PROFESIONAL

### 1. CONCEPTO DE SECRETO PROFESIONAL Y MARCO LEGAL ESPAÑOL CON RESPECTO AL MISMO (1).

El médico y el personal sanitario persiguen en su actuación el beneficio del paciente tanto en lo que se refiere a su vida y a su salud como en lo personal. En esta línea de pensamiento, la medicina, desde sus orígenes, incorporó a su práctica la salvaguarda de la intimidad y el respeto a la información derivada de esta relación de confianza. Por eso, ya el juramento hipocrático contemplaba el secreto que ha seguido presente con formulaciones diferentes en las sucesivas declaraciones de la asociación médica mundial y en los diferentes códigos deontológicos.

La palabra SECRETO deriva de la raíz latina secr- en la que tienen origen algunos de los vocablos como secrestar, actualmente conocido como secuestrar y secretum, actualmente secreto, aquello que debe estar cuidadosamente reservado u oculto. Atendiendo a las causas que obligan a guardar el secreto tenemos:

- Secreto natural; Surge de la propia naturaleza del hecho. Una sólida formación ética garantiza el cumplimiento.
- Secreto prometido: es aquel que obliga en virtud de la promesa realizada. Existe un compromiso personal.
- Secreto pactado: en este caso existe un acuerdo-contrato entre 2 partes.

Cuando este pacto, implícito o explícito, surge del ejercicio profesional, se denomina; SECRETO PROFESIONAL. Por tanto el secreto médico es un secreto profesional y surge de la relación de confianza médico-paciente. Dentro de este hay de tres tipos;

- Secreto moral; marcado por el código deontológico.
- Secreto contractual: va ligado a la prestación de un servicio sanitario.
- Secreto legal; el establecido por las normativas que posteriormente desarrollaré.

El secreto médico según Gisbert Calabuig puede definirse como “la obligación debida a las confidencias que el médico recibe de sus clientes, cuando actúa como médico, realizadas con vista a obtener cualquier servicio de los contenidos en esta profesión”.

Los elementos incluidos en el secreto médico son;

- La naturaleza de la enfermedad
- Las circunstancias que concurran en esta.
- Todo lo que el profesional sanitario haya visto, oído o comprendido en relación con sus servicios.

Podemos distinguir dos tipos de secreto médico según su alcance:

- Secreto absoluto: Obligación de llevar a cabo el secreto sin excepciones. Es por ejemplo el que llevan a cabo los sacerdotes.
- Secreto relativo: En este caso existe obligación de llevar a cabo el secreto pero con excepciones. Este es el que deben seguir los profesionales médicos.

El secreto médico hoy en día se ha ido difuminando con la existencia de la medicina en equipo, existiendo por tanto según Gisbert-Calabuig un secreto médico COMPARTIDO, este se refiere a la comunidad de conocimientos que sobre un paciente tienen todos los componentes de un equipo asistencial (es el caso de las residencias de ancianos, en el que el equipo se compone de el médico, el enfermero, el psicólogo, el fisioterapeuta y el trabajador social) y un secreto médico DERIVADO, el cual surge de la compleja organización administrativa de la que surgen múltiples informes vistos a veces por personal administrativo, informático etc... los cuales debe de conocer la existencia del secreto profesional.

A continuación procederé a citar la legislación española que hace referencia al SECRETO PROFESIONAL MÉDICO.

En España no hay una ley concreta que regule el secreto profesional, sin embargo, sí que existen una gran cantidad de leyes que hacen referencia al mismo, algunas de ellas son:



- La Constitución Española de 1978 (7), hace referencia al mismo en los artículos 18.1 (Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen) 24.2 (La ley regulará los casos en que, por razón de parentesco o de secreto profesional, no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos) y 43 (Se reconoce el derecho a la protección de la salud). No contamos por tanto en la CE con una disposición legal específica para los profesionales sanitarios.
- El Código Penal español (Ley Orgánica 10/1995) (8) en los artículos 197.2 y 197.5, 199.1 y 2, y 200 hace referencia al secreto profesional y a las penas por violación del mismo.
- Ley de enjuiciamiento criminal (Real Decreto de 14.9.1882, Gaceta del 17 de septiembre al 10 de octubre de 1882) (9) hace referencia en su artículo 262.
- Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad) (5). Artículo 10: Todos tienen derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
- 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 (6) Artículo 7 Derecho a la intimidad. Artículo 8 Derecho a la confidencialidad de datos relativos a la salud.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (10) Artículo 10. Deber de secreto.

Además de todas las legislaciones descritas existen muchas otras que tienen en cuenta el secreto profesional como es el caso de la ley de trasplante de órganos (30/79) regulada por el RD 2070/99 o la ley que regula las técnicas de reproducción asistida 14/06 del 26 de mayo.

En cualquier caso, probablemente la legislación que más nos interesa desde el punto de vista médico y que hace referencia al SECRETO PROFESIONAL es el código deontológico médico de la organización médica colegial (2) que trata el secreto profesional en su capítulo 5, artículos del 27 al 31.

El secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado. En el caso de que haya que presentar públicamente la información se hará siempre de forma anónima. La muerte del paciente no exime al médico del deber de secreto profesional. El secreto profesional debe ser la regla. No obstante, el médico podrá revelar el secreto exclusivamente en las siguientes situaciones; en las enfermedades de declaración obligatoria, en las certificaciones de nacimiento y defunción, si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, cuando se vea injustamente perjudicado por mantener el secreto del paciente y éste permita tal situación, en caso de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos o actos de agresión sexual, en caso de que sea llamado por el Colegio a testificar, por autorización del paciente o por imperativo legal.

## 2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRAN LAS DOS RESIDENCIAS SOMETIDAS A ESTUDIO Y PROBLEMAS ML QUE SE DERIVAN DE LA MISMA (13).

El secreto profesional es el gran desconocido en ambas residencias de ancianos. Principalmente, en ambas, por la existencia de las llamadas LIBRETAS DE INCIDENCIAS. Estas libretas no son más que un libro donde se apuntan todos los hechos que acontecen en la residencia. Principalmente, se trata de datos escritos por el personal auxiliar y dirigidos al departamento médico-enfermero u órdenes médicas y enfermeras dirigidas en sentido contrario; “ tal persona esta noche ha hecho 3 deposiciones líquidas”....o “ si agitación nocturna, 5 gotas de haloperidol....”

En principio se trata de mensajes privados de comunicación entre el personal sanitario que tienen como objetivo ayudar a algún residente a mejorar su estado de salud. El problema es que la privacidad no se lleva demasiado a cabo en ninguna de las dos residencias, fundamentalmente porque la libreta se encuentra en recepción en un cajón al alcance de cualquier trabajador, tanto sanitarios como no sanitarios. Esto ocurre tanto en la RESIDENCIA A como en la RESIDENCIA B. Por tanto, todos los trabajadores, aunque grosso modo, conocen o pueden llegar a conocer las cuestiones de salud de los residentes.

En el caso de la RESIDENCIA B, el problema va más allá. Existe un trabajador no sanitario encargado de llevar todos los informes y demás temas médicos al centro de salud ya que la residencia no está autorizada para la realización de recetas y es el médico de atención primaria el encargado de realizarlas. Por tanto, este trabajador tiene acceso a una gran cantidad de datos, sin ser parte del equipo médico, que de alguna forma vulneran la intimidad del paciente, aunque según

establece la ley, este trabajador que es conocedor de datos privados debe guardar el secreto profesional. En cualquier caso, y por la experiencia, la información está muy expuesta.

Finalmente, y en esta misma residencia, a la hora de preparar la documentación médica, por parte del personal de enfermería, que se remite a los especialistas, se estaban enviando los documentos que se realizan en las valoraciones interprofesionales junto con la historia clínica redactada. En una de las ocasiones se produjo un problema con un familiar ya que tuvo acceso a datos personales de opinión del trabajador social. Este tema quedó zanjado tras realizar una reunión con el personal trabajador explicándole que datos privados como la historia clínica médica o social no podían bajo ningún concepto salir de la residencia, solo medicación y problema por el que se remite, así como SIP. Lo más sorprendente era el desconocimiento del código deontológico por parte del personal sanitario no médico.

Dicho pues todo esto en lo que al secreto profesional y a las residencias se refiere, todavía queda mucha labor de concienciación del personal con respecto al derecho a la intimidad.

## CONCLUSIÓN

Expuesta la totalidad del trabajo llegamos a las siguientes conclusiones en lo referente a los problemas médico legales que se presentan con elevada frecuencia en las residencias de la tercera edad.

1. Incapacitación civil; Tras la realización del estudio pertinente llegamos a la siguiente conclusión: EL PORCENTAJE EN AMBAS RESIDENCIAS DE PACIENTES INCAPACITADOS CIVILMENTE ES MÍNIMO. En el caso de la residencia A, solo el 4% están incapacitados y en el caso de la residencia B solo el 2%. Por tanto, y a pesar de existir en ambas residencias un porcentaje elevado de sujetos que padecen un deterioro cognitivo severo y moderado, así como una dependencia importante para las actividades de la vida diaria el número de incapacitaciones es insignificante.

¿Qué problemas se derivan de estos resultados? Por una parte, por supuesto, el peligro patrimonial/económico que existe de cara a los bienes de los sujetos susceptibles de incapacitación civil, y por otra, y la importante de cara al presente trabajo, el problema moral que se le plantea al médico de la residencia con respecto al Consentimiento informado que es el siguiente punto a tratar.

¿Cómo podemos solucionarlo? Informando a las familias, así como a los trabajadores del centro residencial, de la importancia que tiene el iniciar un proceso de incapacitación con el objetivo de proteger al incapaz. La transmisión de esta información debería realizarse en el momento de la institucionalización del anciano susceptible de incapacitación a criterio médico por parte del trabajador social y el médico de la residencia a los familiares al igual que se realiza el proceso de apertura de la historia clínica.

2. Consentimiento informado: Éste surge del respeto a los derechos fundamentales del individuo; la integridad física, la libertad, la intimidad y la manipulación de su dignidad. Y está íntimamente relacionado con la capacidad civil en la cual existe una limitación total o parcial de la libertad del individuo.

Según el estudio anterior sobre la incapacitación civil, solo el 7,4% y el 2% de las residencias A y B respectivamente estaban incapacitados civilmente. Según esto el 92,6% de la residencia A y el 98% de la residencia vez tienen capacidad de decisión y por tanto tienen derecho a decidir, derecho al consentimiento informado.

¿Qué problemas se derivan de estos resultados? Según los datos anteriores personas que padecen un deterioro cognitivo severo y moderado tienen capacidad de decidir sobre un tratamiento, sobre una sujeción... ¿Qué sentido tiene esto? ¿Qué sentido tiene que un sujeto con un deterioro cognitivo severo que no es capaz ni siquiera de hablar pueda ser capaz de firmar una autorización de sujeción? Evidentemente ninguno. Es por ello que la ley se ampara en el siguiente punto; “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”. De este texto se deriva un gran problema, no legal, sino moral, el médico de la residencia de forma aislada es el responsable de DECIDIR QUIÉN DECIDE, y en el caso que se considere que debe elegir un familiar, como ocurre frecuentemente en estos centros, ¿Quién lo hará? ¿El familiar velará por el bien del anciano o no?

¿Cómo podemos solucionarlo? Para evitar la responsabilidad de forma aislada del médico de la residencia, es importante llevar a cabo el proceso de incapacitación civil, tal y como se ha establecido en el apartado anterior. De esta forma, no sería el médico asistencial el responsable de forma aislada, sino que habría todo un proceso detrás que lo amparara en la decisión.

El problema es que la cuestión moral no se soluciona con un proceso de incapacitación, porque aunque en este caso, legalmente está claro quien decide, seguimos sin tener claro cuales hubiesen sido las voluntades del paciente, evidentemente centrándonos en el problema del paciente terminal. La mejor forma de solucionar esta problemática es con la iniciativa que se está llevando a cabo en la residencia A, realizar en aquellos pacientes que ingresan sin deterioro cognitivo, o en aquellos ya ingresados que cumplan estas características un documento de voluntades anticipadas ante tres testigos, dos externos y uno conocido. De esta forma, en el momento de tomar una decisión de este calibre, se llevara a cabo la decisión LIBRE del paciente.

3. Internamiento civil; Tras la recolección de datos en ambas residencias se obtuvieron los siguientes resultados; en el caso del centro A había un 46.3% de internados (de los cuales había 22/25 con deterioro cognitivo severo y 3/10 con deterioro cognitivo moderado) y en la B un 42% (de los cuales había 7/7 con deterioro cognitivo severo, 11/14 con deterioro cognitivo moderado y 2/2 psicóticos).

¿Qué problemas se derivan de estos resultados? La conclusión que se extrae es que EL INTERNAMIENTO CIVIL SE LLEVA A CABO CON FRECUENCIA EN AMBAS RESIDENCIAS. Existe en algunas ocasiones alguna incongruencia como es el caso de que la residencia A en la que hay 3 residentes con deterioro cognitivo severo que no tienen un internamiento civil. Pero en general, la concienciación con respecto a este proceso es bien conocida.

¿Cómo podríamos mejorarla? Pues realizando una revisión de todos los casos y corrigiendo las pequeñas incongruencias que existen. Y además de lo anterior, haciendo un estudio individualizado sobre todo en aquellos casos en los que exista un deterioro cognitivo moderado que pueden ser los más difíciles. Es importante un estudio correcto de cada paciente por parte del médico de la residencia y del psicólogo evitando basarse única y exclusivamente en las escalas cognitivas, las cuales a veces no reflejan del todo la realidad, son importantes como herramienta complementaria a una buena exploración clínica pero no la sustituyen. Quizá este sea el mayor problema que ha sido observado a lo largo del análisis del internamiento en las residencias. Perfectamente y fácilmente corregible.

4. Secreto profesional: El secreto es lo que cuidadosamente se tiene guardado u oculto. El secreto profesional es la obligación de guardar silencio sobre lo que se conoce en el ejercicio de un cargo o profesión. En el caso del médico, se trata de un secreto profesional relativo ya que este puede levantarse según una serie de circunstancias descritas en el apartado correspondiente.

¿Se tiene en cuenta el secreto profesional en las residencias sometidas a estudio? Tras el análisis concluimos en que no se tiene demasiado en cuenta, principalmente por la posibilidad de acceso de todo el personal a la llamada “libreta de incidencias”. También como consecuencia del transporte de documentos privados de salud por parte de personal no sanitario.

¿Cómo podríamos solucionarlo? En primer lugar, una muy buena medida a llevar a cabo sería concienciar al personal sobre la existencia y la importancia del secreto profesional, por ejemplo a través de una reunión explicativa a todos los trabajadores del centro y también haciéndoselo saber a cada trabajador de nuevo ingreso. Con esta medida se evitaría la salida de documentos privados de la residencia a ningún otro lugar. En segundo lugar, aquellos casos en los que fuera necesaria la

manipulación de información por parte de trabajadores no sanitarios debería concienciarse al trabajador, tal y como marca la ley, de que también está obligado a guardar el secreto profesional.

Otra medida importante a llevar a cabo sería el acceso restringido a la libreta de incidencias para evitar la difusión innecesaria de la información.

Tras haber llevado a cabo el presente estudio podemos concluir diciendo que en los centros residenciales de la tercera edad se plantean múltiples circunstancias relacionadas con la medicina legal y se deduce por tanto la importancia de que, tanto el médico de la residencia como el resto de trabajadores, sepan enfrentarse a estos problemas y solucionarlos de la mejor forma posible siempre buscando la protección y el bienestar del residente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. GISBERT CALABUIG JA, Medicina Legal y Toxicología. 6ª Edición. Elsevier Masson. 2004.
2. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS. Código deontológico médico. Guía de ética médica. 2011.
3. REAL DECRETO DE 24 DE JULIO DE 1889 POR EL QUE SE PUBLICA EL CÓDIGO CIVIL. «BOE» núm. 206, de 25 de julio de 1889.
4. LEY 1/2000, DE 7 DE ENERO, DE ENJUICIAMIENTO CIVIL. BOE núm. 7, de 8 de enero de 2000.
5. LEY 14/1986, 25 ABRIL, GENERAL DE SANIDAD. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986.
6. LEY 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.
7. CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA. BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978.
8. LEY ORGÁNICA 10/1995, DE 23 DE NOVIEMBRE, DEL CÓDIGO PENAL. BOE núm. 281, de 24 de noviembre de 1995.
9. REAL DECRETO DE 14 DE SEPTIEMBRE DE 1882 POR EL QUE SE APRUEBA LA LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL. BOE núm. 260, de 17/09/1882.
10. LEY ORGÁNICA 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL. BOE núm. 298, de 14 de diciembre de 1999.
11. S. GRACIA GONZÁLEZ. ABOGADO DE LORENZO ABOGADOS. INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO E INTERNAMIENTO FORZOSO. revista el médico interactivo. Noviembre 2000. PAG. 636-639.
12. CONSELLERIA DE SANITAT. Modelo de documento de Voluntades anticipadas de la Comunidad Valenciana; [http://www.san.gva.es/documents/151744/192114/doc\\_vols\\_anticips\\_dva.pdf](http://www.san.gva.es/documents/151744/192114/doc_vols_anticips_dva.pdf)
13. Documentos, anexos y datos numéricos obtenidos de ambas residencias de la tercera edad.

**ANEXO 1:** Consentimiento informado sujeción.

NOMBRE:

EDAD:

TIPO DE SUJECIÓN: CINTURÓN EN SILLA DE RUEDAS

FECHA DESDE: DICIEMBRE 2012; FECHA HASTA: JUNIO 2013.

MOTIVO DE SUJECIÓN: RIESGO DE CAÍDA POR INESTABILIDAD.

PAUTAS DE CUIDADOS:

- El cuidador responsable en cada turno se encargará de almohadillar y revisar las sujeciones comprobando el estado de la piel y/o posibles lesiones.
- Realizar los cambios posturales necesarios.
- Facilitar periodos de movilidad y/o ejercicio, al menos durante 2 minutos cada 2 horas.
- Ayudarle en su higiene personal.
- Acompañarle al cuarto de baño, proporcionarle la cuña u orinal, y cambiar pañales de incontinencia con la frecuencia necesaria.
- Regular y controlar la temperatura de la habitación.
- Ofrecer alimentos y líquidos
- Observarle frecuentemente y retirar todos los cuerpos peligrosos de su entorno.
- Al menos durante los primeros 4 días de aplicación de la medida, se supervisará de forma más estrecha el estado físico y psíquico de la persona.

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE:

OBSERVACIONES Y CONFORMIDAD DEL RESIDENTE O REPRESENTANTE LEGAL, NOMBRE Y FIRMA:

COMO FAMILIAR HE SIDO INFORMADO EN CALIDAD DE \_\_\_\_\_, FIRMA:

FECHA:

**ANEXO 2: Consentimiento informado sonda nasogástrica.**

**IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Consiste en la administración de la alimentación directamente al estómago a través de una sonda introducida por la nariz. Esta sonda atraviesa las fosas nasales, la faringe y el esófago hasta llegar al estómago.

**OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR**

Desnutrición o evitaremos que aparezca

**ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO**

La administración de alimentación mediante sonda naso-yeyunal, de gastrostomía, de gastro-yeyunostomía, de yeyunostomía o nutrición por vía parenteral. Si usted no desea ser alimentado por este procedimiento, puede ser simplemente hidratado por vía enteral, venosa o subcutánea o no ser alimentado ni hidratado.

**CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

Mejorar su estado nutricional.

**CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN**

La no realización de este procedimiento provocará una situación de desnutrición con graves consecuencias en función de su intensidad, pudiendo poner en peligro la vida del paciente.

**RIESGOS FRECUENTES**

Lesiones por presión en algún punto del trayecto de la sonda (nariz, faringe, esófago y estómago), obstrucción de la sonda, salida o desplazamiento de la sonda, obstrucción intestinal, regurgitación del preparado nutricional, paso del preparado nutricional a vías respiratorias, náuseas, vómitos o diarreas relacionadas con la administración del preparado nutricional.

**CONTRAINDICACIONES**

Imposibilidad de utilizar el tracto digestivo para alimentación.

---

**PACIENTE**

D/Dª

DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento

**NOMBRE / APELLIDOS**

**DNI**

**FIRMA**

**FECHA:**

---

**FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE**

D/Dª

DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento

**TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE**

**DNI**

**FIRMA**

**FECHA**

---

**MÉDICO RESPONSABLE DR D/Dª**

DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.

**MÉDICO RESPONSABLE**


**DNI**

**FIRMA**

**FECHA**




ANEXO 3: Documento de voluntades anticipadas de la Comunidad Valenciana.

 <b>DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES (MODEL PROPOSTAT PER LA CONSELLERIA DE SANITAT)</b> <b>DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (MODELO PROPUESTO POR LA CONSELLERIA DE SANIDAD)</b>	
<b>A DADES DEL SOL-LICITANT / DATOS DEL SOLICITANTE</b>	
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE
DNI / NIE / PASSAPORT DNI / NIE / PASAPORTE	NÚM. SIP / Nº SIP
<b>B DECLARACIÓ / DECLARACIÓN</b>	
<p>Fent ús del dret que li reconeix l'article 17 de la Llei 1/2003, de 28 de gener, de la Generalitat, de Drets i Informació al Pacient, sobre voluntats anticipades la persona sol·licitant, major d'edat o menor emancipat, amb plena capacitat d'obrar, després d'una llarga reflexió i actuant lliurement, fa de forma documental les expressions següents de les seues VOLUNTATS ANTICIPADES:</p> <p><i>En virtud del derecho que le reconoce el artículo 17 de la Ley 1/2003 de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente, sobre Voluntades Anticipadas la persona solicitante, mayor de edad o menor emancipado, con plena capacidad de obrar, tras prolongada reflexión y actuando libremente, realiza de forma documental las siguientes expresiones de sus VOLUNTADES ANTICIPADAS:</i></p> <p>DECLARA que si en el futur està incapacitat per a prendre o manifestar decisions sobre la seua atenció mèdica, com a conseqüència del seu deteriorament físic o mental per alguna de les situacions que s'indiquen a continuació:</p> <p><i>DECLARA que si en un futuro está incapacitado para tomar o manifestar decisiones sobre su cuidado médico, como consecuencia de su deterioro físico y/o mental por alguna de las situaciones que se indican a continuación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Càncer disseminat en fase avançada. <i>Cáncer diseminado en fase avanzada.</i></li> <li>- Dany cerebral sever i irreversible. <i>Daño cerebral severo e irreversible.</i></li> <li>- Demència severa deguda a qualsevol causa. <i>Demencia severa debida a cualquier causa.</i></li> <li>- Danys encefàlics severos (coma irreversible, estat vegetatiu persistent i prolongat). <i>Daños encefálicos severos (coma irreversible, estado vegetativo persistente y prolongado).</i></li> <li>- Malaltia degenerativa del sistema nerviós o muscular, en fase avançada, amb limitació important de la meua mobilitat i falta de resposta positiva al tractament. <i>Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o muscular, en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento.</i></li> <li>- Malaltia immunodeficient en fase avançada. <i>Enfermedad inmunodeficiente en fase avanzada.</i></li> <li>- Malalties o situacions de gravetat comparable a les anteriors. <i>Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.</i></li> <li>- Qualsevol altra de semblant. <i>En cualquier otra similar.</i></li> </ul> <p>Tenint en compte que per al seu projecte vital és molt important la qualitat de vida, és el seu desig que la seua vida no es prolongue, per si mateixa, quan la situació és ja irreversible.</p> <p><i>Teniendo en cuenta que para su proyecto vital es muy importante la calidad de vida, es su deseo que su vida no se prolongue, por si misma, cuando la situación es ya irreversible.</i></p> <p>Tenint en compte el que ha exposat, i d'acord amb els criteris assenyalats, és la seua voluntat que si, segons el parer dels metges que aleshores l'atenquen (dels quals almenys un siga especialista), no hi ha expectatives de recuperació sense que se'n seguísquen seqüeles que impedisquen una vida digna segons el que enté, la seua voluntat és que:</p> <p><i>Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, y de acuerdo con los criterios señalados, es su voluntad que, si a juicio de los médicos que entonces le atienden (siendo por lo menos uno de ellos especialista) no hay expectativas de recuperación sin que se sigan secuelas que impidan una vida digna según lo entiende, su voluntad es que:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No siguen aplicades –o bé que es retiren si ja han començat a aplicar-se– mesures de suport vital o qualssevol altres que intenten prolongar la seua supervivència. <i>No sean aplicadas –o bien que se retiren si ya han empezado a aplicarse– medidas de soporte vital o cualquier otra que intenten prolongar su supervivencia.</i></li> <li>2. S'instauen les mesures que siguen necessàries per al control de qualsevol símptoma que pugua ser causa de dolor o de patiment. <i>Se instauren las medidas que sean necesarias para el control de cualquier sintoma que pueda ser causa de dolor, o sufrimiento.</i></li> <li>3. Se li preste una assistència necessària per a proporcionar-li un final digne de la vida, amb el màxim alleujament del dolor, sempre que no resulte contrària a la bona pràctica clínica. <i>Se le preste una asistencia necesaria para proporcionarle un digno final de su vida, con el máximo alivio del dolor, siempre y cuando no resulten contrarias a la buena práctica clínica.</i></li> <li>4. No se li administren tractaments complementaris i teràpies no contrastades que no demostren l'efectivitat per a la seua recuperació i que li prolonguen inútilment la vida. <i>No se le administren tratamientos complementarios y terapias no contrastadas, que no demuestren su efectividad para su recuperación y prolonguen fútilmente su vida.</i></li> </ol> <p>Per a registrar un document de voluntats anticipades ha de presentar-se en qualsevol dels organismes autoritzats per a això:</p> <p><b>VALENCIA:</b> - Servicio d'Atenció i Informació al Pacient (SAIP) de tots els hospitals públics de la província. - Dirección Territorial de Sanitat: Gran Vía Fernan el Católico, 74, 46008 València. - Conselleria de Sanitat, Direcció General de Qualitat i Atenció al Pacient: C/ Misser Masó, 31 33, 46010 València.</p> <p><b>CASTELLÓ:</b> - Servicio d'Atenció i Informació al Pacient (SAIP) de tots els hospitals públics de la província. - Dirección Territorial de Sanitat: Plaça Hort dels Corders, 12, 12001 Castelló de la Plana.</p> <p><b>ALICANT:</b> - Servicio d'Atenció i Informació al Pacient (SAIP) de tots els hospitals públics de la província. - Dirección Territorial de Sanitat: C/ Girona, 26, 03001 Alicante.</p> <p>Para registrar un documento de voluntades anticipadas debe presentarse en cualquiera de los organismos autorizados para ello:</p> <p><b>VALENCIA:</b> - Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) de todos los hospitales públicos de la provincia. - Dirección Territorial de Sanidad: Gran Vía Fernando el Católico, 74, 46008 Valencia. - Consejería de Sanidad, Dirección General de Calidad y Atención al Paciente: C/ Misser Masó, 31 33, 46010 Valencia.</p> <p><b>CASTELLÓN:</b> - Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) de todos los hospitales públicos de la provincia. - Dirección Territorial de Sanidad: Plaza Hort dels Corders, 12, 12001 Castellón de la Plana.</p> <p><b>ALICANTE:</b> - Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) de todos los hospitales públicos de la provincia. - Dirección Territorial de Sanidad: C/ Girona, 26, 03001 Alicante.</p> <p>Les dades personals atorgades seran incorporades i tractades en el fitxer "Volant_registros", la finalitat del qual és la gestió i el control sanitari de les voluntats anticipades dels pacients. No es preveuen cessions de dades a tercers, excepte les expressament previstes en la llei. L'òrgan responsable del fitxer és la Conselleria de Sanitat, i l'adreça on la persona interessada pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició és la Conselleria de Sanitat, Direcció General de Qualitat i Atenció al Pacient, carrer del Misser Masó 31-33, 46010 València, telèfon. 96 386 66 00. De tot això s'informa en compliment de l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal.</p> <p><i>Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Volant_registros", cuya finalidad es la gestión y el control sanitario de las voluntades anticipadas de los pacientes. No se prevén cesiones de datos a terceros, salvo las expresamente previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Conselleria de Sanitat, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es la Conselleria de Sanitat, D. G. de Calidad y Atención al Paciente, calle Misser Masó, 31-33, 46010 Valencia, Teléfono, 96 386 66 00, todo lo cual se informa en el cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.</i></p>	

(1/2) EXEMPLAR PER A LA CONSELLERIA DE SANITAT / EJEMPLAR PARA LA CONSELLERIA DE SANIDAD

CUAAPP - IAC  
DIN - AM  
IA - 19161 - 01 - E

**REGISTRE CENTRALITZAT DE VOLUNTATS ANTICIPADES DE LA COMUNITAT VALENCIANA** 02/10/09  
**REGISTRO CENTRALIZADO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

	<b>DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES (MODEL PROPOSTAT PER LA CONSELLERIA DE SANITAT)</b>		
	<b>DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (MODELO PROPUESTO POR LA CONSELLERIA DE SANIDAD)</b>		
<b>A DADES DEL SOL·LICITANT / DATOS DEL SOLICITANTE</b>			
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIE / PASSAPORT DNI / NIE / PASAPORTE	NÚM. SIP / Nº SIP
<b>B DECLARACIÓ / DECLARACIÓN</b>			
<p>Fent ús del dret que li reconeix l'article 17 de la Llei 1/2003, de 28 de gener, de la Generalitat, de Drets i Informació al Pacient, sobre voluntats anticipades la persona sol·licitant, major d'edat o menor emancipat, amb plena capacitat d'obrar, després d'una llarga reflexió i actuant lliurement, fa de forma documental les expressions següents de les seues VOLUNTATS ANTICIPADES:</p> <p><i>En virtud del derecho que le reconoce el artículo 17 de la Ley 1/2003 de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente, sobre Voluntades Anticipadas la persona solicitante, mayor de edad o menor emancipado, con plena capacidad de obrar, tras prolongada reflexión y actuando libremente, realiza de forma documental las siguientes expresiones de sus VOLUNTADES ANTICIPADAS:</i></p> <p>DECLARA que si en el futur està incapacitat per a prendre o manifestar decisions sobre la seua atenció mèdica, com a conseqüència del seu deteriorament físic o mental per alguna de les situacions que s'indiquen a continuació:</p> <p><i>DECLARA que si en un futuro está incapacitado para tomar o manifestar decisiones sobre su cuidado médico, como consecuencia de su deterioro físico y/o mental por alguna de las situaciones que se indican a continuación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Càncer disseminat en fase avançada. <i>Cáncer diseminado en fase avanzada.</i></li> <li>- Dany cerebral sever i irreversible. <i>Daño cerebral severo e irreversible.</i></li> <li>- Demència severa deguda a qualsevol causa. <i>Demencia severa debida a cualquier causa.</i></li> <li>- Danys encefàlics severos (coma irreversible, estat vegetatiu persistent i prolongat). <i>Daños encefálicos severos (coma irreversible, estado vegetativo persistente y prolongado).</i></li> <li>- Malaltia degenerativa del sistema nerviós o muscular, en fase avançada, amb limitació important de la meua mobilitat i falta de resposta positiva al tractament. <i>Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o muscular, en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento.</i></li> <li>- Malaltia immunodeficient en fase avançada. <i>Enfermedad inmunodeficiente en fase avanzada.</i></li> <li>- Malalties o situacions de gravetat comparable a les anteriors. <i>Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.</i></li> <li>- Qualsevol altra de semblant. <i>En cualquier otra similar.</i></li> </ul> <p>Tenint en compte que per al seu projecte vital és molt important la qualitat de vida, és el seu desig que la seua vida no es prolongue, per si mateixa, quan la situació és ja irreversible.</p> <p><i>Teniendo en cuenta que para su proyecto vital es muy importante la calidad de vida, es su deseo que su vida no se prolongue, por si misma, cuando la situación es ya irreversible.</i></p> <p>Tenint en compte el que ha exposat, i d'acord amb els criteris assenyalats, és la seua voluntat que si, segons el parer dels metges que aleshores l'atenguen (dels quals almenys un siga especialista), no hi ha expectatives de recuperació sense que se'n seguisquen sequeles que impedisquen una vida digna segons el que enté, la seua voluntat és que:</p> <p><i>Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, y de acuerdo con los criterios señalados, es su voluntad que, si a juicio de los médicos que entonces le atiendan (siendo por lo menos uno de ellos especialista) no hay expectativas de recuperación sin que se sigan secuelas que impidan una vida digna según lo entiende, su voluntad es que:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No siguen aplicades –o bé que es retiren si ja han començat a aplicar-se– mesures de suport vital o qualssevol altres que intenten prolongar la seua supervivència. <i>No sean aplicadas –o bien que se retiren si ya han empezado a aplicarse– medidas de soporte vital o cualquier otra que intenten prolongar su supervivencia.</i></li> <li>2. S'instauen les mesures que siguen necessàries per al control de qualsevol símptoma que puga ser causa de dolor o de patiment. <i>Se instauren las medidas que sean necesarias para el control de cualquier sintoma que pueda ser causa de dolor, o sufrimiento.</i></li> <li>3. Se li preste una assistència necessària per a proporcionar-li un final digne de la vida, amb el màxim alleujament del dolor, sempre que no resulte contrària a la bona pràctica clínica. <i>Se le preste una asistencia necesaria para proporcionarle un digno final de su vida, con el máximo alivio del dolor, siempre y cuando no resulten contrarias a la buena práctica clínica.</i></li> <li>4. No se li administren tractaments complementaris i teràpies no contrastades que no demostren l'efectivitat per a la seua recuperació i que li prolonguen inútilment la vida. <i>No se le administren tratamientos complementarios y terapias no contrastadas, que no demuestren su efectividad para su recuperación y prolonguen fútilmente su vida.</i></li> </ol> <p>Per a registrar un document de voluntats anticipades ha de presentar-se en qualsevol dels organismes autoritzats per a això:</p> <p><b>VALENCIA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicio de Atención i Informació al Pacient (SAIP) de tots els hospitals públics de la província.</li> <li>- Dirección Territorial de Sanitat: Gran Vía Ferran el Catòlic, 74. 46008 València.</li> <li>- Conselleria de Sanitat, Direcció General de Qualitat i Atenció al Pacient: C/ Misser Mascó, 31 33. 46010 València.</li> </ul> <p><b>CASTELLÓ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicio de Atención i Informació al Pacient (SAIP) de tots els hospitals públics de la província.</li> <li>- Dirección Territorial de Sanitat: Plaça Hort dels Corders, 12. 12001 Castelló de la Plana.</li> </ul> <p><b>ALACANT:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicio de Atención i Informació al Pacient (SAIP) de tots els hospitals públics de la província.</li> <li>- Dirección Territorial de Sanitat: C/ Girona, 26. 03001 Alacant.</li> </ul> <p><b>Para registrar un documento de voluntades anticipadas debe presentarse en cualquiera de los organismos autorizados para ello:</b></p> <p><b>VALENCIA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) de todos los hospitales públicos de la provincia.</li> <li>- Dirección Territorial de Sanidad: Gran Vía Fernando el Católico, 74. 46008 Valencia.</li> <li>- Conselleria de Sanidad, Dirección General de Calidad y Atención al Paciente: C/ Misser Mascó, 31 33. 46010 Valencia.</li> </ul> <p><b>CASTELLÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) de todos los hospitales públicos de la provincia.</li> <li>- Dirección Territorial de Sanidad: Plaza Hort de los Corders, 12. 12001 Castellón de la Plana.</li> </ul> <p><b>ALICANTE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) de todos los hospitales públicos de la provincia.</li> <li>- Dirección Territorial de Sanidad: C/ Girona, 26. 03001 Alicante.</li> </ul> <p>Les dades personals arreglades seran incorporades i tractades en el fitxer "Volant_registros", la finalitat del qual és la gestió i el control sanitari de les voluntats anticipades dels pacients. No es preuen cessions de dades a tercers, excepte les expressament previstes en la Ley. L'òrgan responsable del fitxer és la Conselleria de Sanitat, i l'adreça on la persona interessada pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició és la Conselleria de Sanitat, Direcció General de Qualitat i Atenció al Pacient, carrer del Misser Mascó 31-33, 46010 València, telèfon. 96 386 66 00. De tot això s'informa en compliment de l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal.</p> <p><i>Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Volant_registros", cuya finalidad es la gestión y el control sanitario de las voluntades anticipadas de los pacientes. No se prevén cesiones de datos a terceros, salvo las expresamente previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Conselleria de Sanitat, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es la Conselleria de Sanitat, D. G. de Calidad y Atención al Paciente, calle Misser Mascó, 31-33, 46010 Valencia, Teléfono. 96 386 66 00, todo lo cual se informa en el cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.</i></p>			


12/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

CJAAPP - IAC  
DIN - A4  
IA - 19/161 - 01 - E

**REGISTRE CENTRALITZAT DE VOLUNTATS ANTICIPADES DE LA COMUNITAT VALENCIANA**  
**REGISTRO CENTRALIZADO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

02/10/09




	<b>DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES (MODEL PROPOSAT PER LA CONSELLERIA DE SANITAT)</b>	
	<b>DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (MODELO PROPUESTO POR LA CONSELLERIA DE SANIDAD)</b>	
<b>C INSTRUCCIONS / INSTRUCCIONES</b>		
Altres instruccions que desitja que es tinguen en compte: <i>Otras instrucciones que desea que se tengan en cuenta:</i>		
DONACIÓ D'ÒRGANS I TEIXITS / DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS		
DONACIÓ DEL COS A LA CIÈNCIA / DONACIÓN DEL CUERPO A LA CIENCIA		
LLOC ON VOL QUE SE L'ATENGA EN EL FINAL DE LA SEUA VIDA (CASA, HOSPITAL...) / LUGAR DONDE QUIERE QUE SE LE ATIENDA EN EL FINAL DE SU VIDA (DOMICILIO, HOSPITAL...)		
DESITJA REBRE ASSISTÈNCIA ESPÍRITUAL / DESEA RECIBIR ASISTENCIA ESPÍRITUAL		
ALTRES / OTRAS		
_____, ____ d _____ del _____ La persona sol·licitant / La persona solicitante		
Firma: _____		
<b>D NOMENAMENT DE REPRESENTANT / NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE</b>		
<b>DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT / DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE</b>		
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIF / PASSAPORT DNI / NIF / PASAPORTE
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFONS / TELÉFONOS
Designa com a representant a la persona anterior, perquè faça en el seu nom la interpretació que puga ser necessària, sempre que no es contradiga amb cap de les voluntats anticipades que consten en este document, i també per a vetllar per l'aplicació estricta del que declara. Esta persona ha de ser considerada com a interlocutora vàlida i necessària amb l'equip sanitari responsable de la seua assistència, per a prendre decisions en el seu nom, ser responsable de la seua assistència i garant de la seua voluntat expressada en este document. <i>Designa su representante a la persona anterior, para que realice en su nombre la interpretación que pueda ser necesaria, siempre que no se contradiga con ninguna de las voluntades anticipadas que constan en este documento, así como para velar por la aplicación estricta de lo contenido en él. La misma deberá ser considerada como interlocutora válida y necesaria con el equipo sanitario responsable de su asistencia, para tomar decisiones en su nombre, ser responsable de su asistencia y garantizadora de su voluntad expresada en el presente documento.</i>		

(1/2) EXEMPLAR PER A LA CONSELLERIA DE SANITAT / EJEMPLAR PARA LA CONSELLERIA DE SANIDAD

CUAAPP - IAC  
DIN - A4  
IA - 19161 - 02 - E

**REGISTRE CENTRALIZAT DE VOLUNTATS ANTICIPADES DE LA COMUNITAT VALENCIANA**  
**REGISTRO CENTRALIZADO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

02/10/09


	<b>DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES (MODEL PROPOSTAT PER LA CONSELLERIA DE SANITAT)</b>	
	<b>DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (MODELO PROPUESTO POR LA CONSELLERIA DE SANIDAD)</b>	
<b>C INSTRUCCIONS / INSTRUCCIONES</b>		
Altres instruccions que desitja que es tinguen en compte: <i>Otras instrucciones que desea que se tengan en cuenta:</i>		
DONACIÓ D'ÒRGANS I TEIXITS / DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS		
DONACIÓ DEL COS A LA CIÈNCIA / DONACIÓN DEL CUERPO A LA CIENCIA		
LLOC ON VOL QUE SE L'ATENGA EN EL FINAL DE LA SEUA VIDA (CASA, HOSPITAL...) / LUGAR DONDE QUIERE QUE SE LE ATIENDA EN EL FINAL DE SU VIDA (DOMICILIO, HOSPITAL...)		
DESITJA REBRE ASSISTÈNCIA ESPIRITUAL / DESEA RECIBIR ASISTENCIA ESPIRITUAL		
ALTRES / OTRAS		
_____, ____ d _____ del _____ La persona sol·licitant / La persona solicitante		
Firma: _____		
<b>D NOMENAMENT DE REPRESENTANT / NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE</b>		
<b>DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT / DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE</b>		
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIF / PASSAPORT DNI / NIF / PASAPORTE
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFONS / TELÉFONOS
Designa com a representant a la persona anterior, perquè faça en el seu nom la interpretació que puga ser necessària, sempre que no es contradiga amb cap de les voluntats anticipades que consten en este document, i també per a vetllar per l'aplicació estricta del que declara. Esta persona ha de ser considerada com a interlocutora vàlida i necessària amb l'equip sanitari responsable de la seua assistència, per a prendre decisions en el seu nom, ser responsable de la seua assistència i garant de la seua voluntat expressada en este document. Designa su representante a la persona anterior, para que realice en su nombre la interpretación que pueda ser necesaria, siempre que no se contradiga con ninguna de las voluntades anticipadas que constan en este documento, así como para velar por la aplicación estricta de lo contenido en él. La misma deberá ser considerada como interlocutora válida y necesaria con el equipo sanitario responsable de su asistencia, para tomar decisiones en su nombre, ser responsable de su asistencia y garantizadora de su voluntad expresada en el presente documento.		

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

CUAAPP - IAC  
DIN - AA  
IA - 19161 - 02 - E

**REGISTRE CENTRALITZAT DE VOLUNTATS ANTICIPADES DE LA COMUNITAT VALENCIANA**  
**REGISTRO CENTRALIZADO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

02/10/09

	<b>DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES (MODEL PROPOSAT PER LA CONSELLERIA DE SANITAT)</b>	
	<b>DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (MODELO PROPUESTO POR LA CONSELLERIA DE SANIDAD)</b>	
<b>E</b> ACCEPTACIÓ DEL REPRESENTANT (opcional) / <i>ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE (opcional)</i>		
<small>DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE</small>		
<small>COGNOMS / APELLIDOS</small>	<small>NOM / NOMBRE</small>	<small>DNI / NIF / PASSAPORT DNI / NIF / PASAPORTE</small>
<p>Accepta la designació i està d'acord a ser el representant de la persona anterior, en el cas que ell/ella no puga expressar els seus desitjos respecte a la seua atenció sanitària. Comprén les directrius expressades en este document per la persona que representa i està d'acord a seguir-les. Entén que la seua representació només té sentit en el cas que la persona a qui representa no puga expressar ella mateixa estes directrius i en el cas que no haja revocat prèviament este document, bé totalment o bé en la part que l'afecta.</p> <p><i>Accepta la designación y está de acuerdo en ser el representante de la persona anterior en el caso de que esta no pueda expresar sus deseos con respecto a su atención sanitaria. Comprende y está de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este documento por la persona que representa. Entiende que su representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien representa no pueda expresar ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en la parte que le afecta.</i></p> <p>_____ , ____ d _____ del _____</p> <p style="text-align: center;">La persona representant / La persona representante</p> <p>Firma: _____</p> <p>DNI: _____</p>		
<b>F</b> DECLARACIÓ DELS TESTIMONIS / <i>DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS</i>		
<p>Els sotasignats, majors d'edat, declaren que la persona que signa este document de voluntats anticipades ho fa plenament conscient, sense que hagen pogut apreciar cap tipus de coacció en la seua decisió.</p> <p>Així mateix, les persones sotasignades com a testimonis primer i segon, declaren que no tenen cap tipus de vincle familiar o patrimonial amb la persona que signa este document.</p> <p><i>Los abajo firmantes, mayores de edad, declaran que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que hayan podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.</i></p> <p><i>Asimismo, de los tres testigos, los firmantes como testigos primero y segundo, declaran no mantener ningún tipo de vínculo familiar o patrimonial con la persona que firma este documento.</i></p> <p>_____ , ____ d _____ del _____ , ____ d _____ del _____</p> <p style="text-align: center;">Testimoni primer / Testigo primero <span style="margin-left: 200px;">Testimoni segon / Testigo segundo</span></p> <p>Firma: _____ Firma: _____</p> <p>DNI: _____ DNI: _____</p> <p>Adreça: _____ Adreça: _____</p> <p><i>Dirección: _____ Dirección: _____</i></p> <p>_____ , ____ d _____ del _____</p> <p style="text-align: center;">Testimoni tercer / Testigo tercero</p> <p>Firma: _____</p> <p>DNI: _____</p> <p>Adreça: _____</p> <p><i>Dirección: _____</i></p>		

(1/2) EXEMPLAR PER A LA CONSELLERIA DE SANITAT / EJEMPLAR PARA LA CONSELLERIA DE SANIDAD

CUMAPP - IAC  
DIN - A4  
IA-19161-03-E

**REGISTRE CENTRALITZAT DE VOLUNTATS ANTICIPADES DE LA COMUNITAT VALENCIANA**  
**REGISTRO CENTRALIZADO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

02/10/09



**ANEXO 4:** Documento de mantenimiento de la medida de internamiento.

AL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA \_\_\_\_\_  
DE LA LOCALIDAD DE \_\_\_\_\_  
PROCEDIMIENTO DE INTERNAMIENTO \_\_\_\_\_

D. \_\_\_\_\_ INTERNO EN LA RESIDENCIA \_\_\_\_\_ SITIO EN \_\_\_\_\_ DE  
LA LOCALIDAD DE \_\_\_\_\_ DESDE LA FECHA \_\_\_\_\_.

Que con base a lo dispuesto en el art. 763.4 LEC, los facultativos que atienden a la persona internada informan de manera fundada, al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida de internamiento, habida cuenta que el internamiento no puede prolongarse lícitamente sino en la medida en que persista la situación de trastorno psíquico que motivó que el Juzgado acordase por Auto la autorización del internamiento no voluntario al no estar la persona afectada por dicha medida en condiciones de decidirlo por sí, en consecuencia el informe médico debe pronunciarse, SOBRE LOS SIGUIENTES EXTREMOS:

A) Enfermedad o deficiencia psíquica que le afecta, determinando la clase de la misma, tratamiento seguido y pronóstico: DETERIORO COGNITIVO SEVERO SEGÚN TEST DE PFEIFFER, ESTREÑIMIENTO CRÓNICO, HTA E INCONTINENCIA URINARIA. TRATAMIENTO ACTUAL: EMPORTAL SOBRES Y ADIRO 100 MG. SIN EXPECTATIVAS DE MEJORA.

B) Efectos de la referida enfermedad sobre la capacidad para poder decidir por sí mismo el internamiento: LA PACIENTE ES TOTALMENTE DEPENDIENTE PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INCAPAZ PARA LA TOMA DE DECISIONES COMO CONSECUENCIA DE SU MERMA COGNOCISTIVA.

FECHA Y FIRMA