

MEDIACIÓN EN SITUACIONES DE DEPENDENCIA: CONCEPTOS CLAVES Y MARCO JURÍDICO RELEVANTE

Autora: Pilar Munuera Gómez

Profesora TEU

Escuela Universitaria de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid

Sumario

Realizaremos un encuadre general de la situación conflictiva que viven los enfermos y familias en situaciones de dependencia, para pasar a proponer un foro de encuentro y resolución de conflictos y presentar de esta forma a la mediación como la técnica que ayuda a resolver los conflictos.

Las familias pueden sentirse aisladas, incomprendidas, o abandonadas y comienzan a dudar del cometido de los equipos de cuidados sociosanitarios. Así como de su contribución al bienestar de la persona dependiente.

Se hace necesario crear un espíritu de cooperación que consiga metas que transformen la frustración y el dolor del enfermo y familia, en satisfacción por mejorar la calidad de atención y del tratamiento recibido una vez comprendido el proceso.

La base teórica de la mediación es la negociación y su éxito está inmerso en el proceso de mediar y en el perfil del mediador. Supone un esfuerzo por llegar a un acuerdo, cuyo objetivo será lograr que todas las partes satisfagan sus intereses, creando un ambiente de futuro de forma tal que las interacciones que se producen, permitan que las partes puedan sentirse más "felices" igualmente en la resolución del conflicto planteado. Propone crear un nuevo terreno donde se pueda dialogar en paz.

Palabras claves:

Mediación; Dependencia; Resolución de conflictos y Comunicación

Mediation in dependency situations Communication

Author: Pilar Munuera Gómez

Professor TEU. University School of Social Work. UCM.

Summary:

On first place we will make a general frame of the conflicting situation in which patients and families in situations on dependency lived, then a forum of encounter and resolution of conflicts will be proposed, so that mediation will be displayed like a technique that helps to solve conflicts.

The families may feel isolated, misunderstood or left and begin to doubt about the assignment of the equipment of medical care. As well, its contribution to the well-being of the dependent person will be questioned.

It becomes necessary to create a co-operational spirit that achieves goals that turn frustration and pain from the patients and their families, into satisfaction, in order to improve the quality of the medical attention and the treatment received, once the process is understood.

The theoretical root of mediation is negotiation and its success is intertwined in the process of mediation and in the profile of the mediator. It supposes an effort to reach an agreement, whose objective is to obtain the satisfaction of the interests of all the parts, creating an ideal atmosphere so that the interactions that take place, will also let the parts feel more "happy" with the resolution of the conflict previously raised. A new land is proposed to create the adequate conditions to dialogue peacefully.

Key words:

Mediation; Dependency; Resolution of conflicts and Communication

0. MEDIACIÓN EN SITUACIONES DE DEPENDENCIA:

La aplicación de la mediación en este ámbito la salud, resulta ser uno de los ámbitos más interesantes y delicados, siendo en este momento, uno de los ámbitos de aplicación de mediación que despierta mayor interés en este momento, puesto que la mediación se presenta como alternativa para la resolución de los conflictos existentes en el ámbito de la dependencia.

Entendemos que “La dependencia es un reto para los sistemas sanitarios y de servicios sociales que tienen que afrontar nuevas necesidades y demandas sociales en un contexto contradictorio de presiones políticas y económicas en favor de la contención del gasto social en general y del sanitario en particular y, al mismo tiempo, de nuevas demandas sociales en favor de una extensión de la protección social a las necesidades de ayuda personal que reclaman los ciudadanos, y sus cuidadores/as, para afrontar las distintas situaciones de dependencia¹, para ello es necesario también intervenciones que ayuden a resolver los conflictos que se le plantean a las personas que viven inmersas en estas situaciones de dependencia.

Las personas dependientes y sus familiares demandan cada vez más cuidados, incrementando en estos últimos años la demanda de respuestas por parte de organismos públicos y ayuda para resolver el aumento de conflictos personales, familiares, etc. que tienen que resolver continuamente, esta situación va a continuar incrementándose en los próximos años, como consecuencia de diferentes variables (crecimiento de la población anciana, aumento de la esperanza de vida, avances científico-médico y social, etc.).

1. CONCEPTOS CLAVES

1.1. Mediación:

¹ Libro blanco sobre la dependencia del Ministerio Cap. Once, pag. 3. 2005

Vamos a definir los conceptos que componen la mediación en la dependencia, sus ventajas,...y terminar concretando las posibilidades de mediación en situaciones de dependencia.

Todos sabemos que la **mediación es un proceso** en virtud del cual un tercero, el mediador, ayuda a las partes implicadas en un conflicto a su resolución. Es una solución mutuamente aceptada y estructurada de manera que permita, la continuidad de las relaciones entre las personas involucradas y se expresa en un acuerdo o convenio.

Los participantes deben negociar una solución, la cual ya es en sí misma parte de las negociaciones. **La solución** debe satisfacer a todos los partícipes por igual. Los participantes deben negociar cuál es la solución o combinación de soluciones que resulta aceptable para todos. Si no hay certeza de que la mediación pueda ser conducida de forma adecuada, el mediador debe abstenerse.

Principios de éxito en la mediación

El proceso debe ser mantenido ya que esta basado en varios principios que son importantes para la implementación con éxito de la mediación como técnica de resolución de conflictos.

1. La mediación parece ser más exitosa cuando hay alguna conexión personal o interacción continua entre los contendientes. Dado que el procedimiento es voluntario y no coercitivo, los contendientes que llegan a la mediación deben estar dispuestos a discutir sus preocupaciones. Muchos estudios han demostrado que la mediación es extremadamente satisfactoria para los participantes y que reduce la tensión sensiblemente.

2. La mediación es más efectiva cuando ambas partes están dispuestas a expresar sus necesidades y deseos personales. La mediación puede proporcionar una estructura de reducción de estrés para la resolución de conflictos que satisfaga las necesidades personales.

3. El procedimiento de la mediación insiste en los acuerdos mutuos en los que ambas partes salen ganando. Al contrario que el sistema judicial, con sus complejas reglas de procedimiento, la mediación es un procedimiento integrativo y conciliador con un convocante no judicial que trabaja para resaltar los lazos entre los participantes y alentar la discusión abierta de los asuntos hasta que todos los puntos de vista sean expuestos. Un sistema de resolución de conflictos para personas interesadas en mantener y reforzar su relación puede también funcionar para evitar conflictos, presiones y disputas futuras.

4. Se cree que la mediación es más efectiva cuando hay una relación relativamente igualitaria entre los contendientes.

5. Es más probable que las personas se adhieran a los acuerdos que entienden y en los que han formado parte integrante, que a los que son impuestos externamente. Estos son escritos con las palabras de los participantes y establecen de forma exacta los puntos que se han conseguido. La participación activa en lo tratado aumenta la responsabilidad de los participantes en la solución. Y debido a que ambas partes “ganan”, hay mayor probabilidad de acatamiento.

6. La mediación es un procedimiento de trabajo en común, que autoriza a las personas y aumenta su sentido de dignidad y valía mientras que protege la autodeterminación.

Características de la mediación

La mediación tiene las siguientes características frente a un sistema judicial:

1. La mediación es un sistema no adversarial
2. La mediación respeta mejor la privacidad
3. La mediación es más barata, el coste de resolución del conflicto es mucho menor en la mediación que en un proceso judicial:
 - a. Menor coste económico
 - b. Menor duración en el tiempo, son decisiones tomadas en el momento
 - c. Menor desgaste emocional
4. Aprendizaje en la resolución de problemas y

5. Aumento el crecimiento personal de los participantes

Figura del mediador:

Es un experto, tiene un perfil específico, utiliza diversas técnicas para ayudar a las partes a llegar a un acuerdo consensuado con el fin de resolver el conflicto, sin forzar ni imponer la solución, propiciando la discusión, resolviendo el problema y desarrollando soluciones alternativas.

Tiene una formación específica en mediación que le capacita para crear un espacio neutral que permite suavizar la tensión, permitiendo expresar y contener sentimientos, dar igualdad a las partes para que expongan su postura... Puede estar ubicado fuera o dentro de la institución para solucionar los diferentes conflictos de relación y comunicación que se planteen. Tiene un código deontológico que no puede transgredir.

El mediador en situaciones de dependencia debe conocer tanto sus aspectos legales como las necesidades psicosociales de las personas en situación de dependencia.

Objetivos de la Mediación:

La meta de la mediación es el acuerdo entre las partes.

Tiene su fundamento en la equidad, privacidad, en la libertad y capacidad de las personas para solucionar sus propios asuntos y en los legítimos intereses de todas las personas que de un modo u otro se ven afectadas por un conflicto.

La mediación en situaciones de dependencia está dirigida a:

- Reestablecer la comunicación.
- Conseguir soluciones aceptadas por las partes en conflicto según su situación e intereses.
- Cubrir las necesidades de las partes implicadas
- Alcanzar acuerdos viables y duraderos.

Asuntos a tratar en situaciones de Dependencia:

. Conflictos al “tomar decisiones” sobre el tratamiento a seguir, elección de prestación asistencial a elegir: en discapacitados/as, enfermos/as terminales y ancianos/as (donde estar ingresado; decidir donde y como morir, redacción y registro del testamento vital, donación de órganos, consentimiento informado,...etc.).

. Conflictos de relación/comunicación entre el dependiente y sus familiares:

- En discapacitados/as (decisiones sobre su forma de vivir (horarios, medios de transporte, vacaciones, recursos,...etc.
- En pacientes crónicos (elección del cuidador principal, descanso del cuidador, prestaciones asistenciales alternativas al cuidador principal,...etc.)
- En ancianos/as (elecciones sobre el cuidado optimo del dependiente adaptado a sus circunstancias en función de:
 - Factores propios
 - Enfermedad (duración del periodo, alarma de los síntomas)
 - Valores (religiosos o no, ...)
 - Familiares (nº de cuidadores, edad y sexo)
 - Factores económicos (Ingresos, patrimonio,..etc.)
 - Factores sociales (población dependiente y característica de la misma...) y
 - Factores estructurales (Leyes, política social y recursos sociales disponibles y acceso a los mismos,..etc.)
 - Factores externos:
 - Garantías técnicas y humanas de un adecuado cuidado
 - Objetivos: “calidad de vida” como un valor prioritario en el ocaso de la vida, ...etc.

. Conflictos de comunicación entre el dependiente y el profesional (relación laboral, calidad de relación, horario laboral,...)

. Errores o negligencias de los profesionales que atienden a personas en situación de dependencia (Mala practica profesional).

1.2. Concepto de dependencia

Utilizamos las mismas definiciones que aparecen en el Libro Blanco de la Dependencia presentado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en el año 2005 entre ellas:

En primer lugar la definición del diccionario de la Real Academia Española: *“la dependencia es, entre otras acepciones, la situación de una persona que no puede valerse por sí misma”* ²

En segundo lugar la Recomendación nº 98/95, del Comité de Ministros a los Estados Miembros del Consejo de Europa donde :.. *“la dependencia, la define como “un estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física psíquica o intelectual tienen necesidades de asistencia o ayudas importantes para realizar actos corrientes de la vida ordinaria”.*

Es decir, “personas que necesitan cuidados de larga duración por encontrarse en una situación de dependencia y no disfrutar de una situación de salud. Por ello, la dependencia también está dentro del contexto de salud, Entendiendo salud desde la definición dada por la **O.M.S.** después de la segunda Guerra Mundial, como “el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo por la ausencia de enfermedad”. Esta definición se aleja totalmente de aquellas que consideraban la salud como un estado de “gracia divina” o por la ausencia de enfermedad.

Desde que existe la medicina, los profesionales de la salud han comprobado que hay una íntima conexión entre la enfermedad y el medio social, percepción que se ha dejado sentir tanto en la teoría como en la práctica. Algo que podemos valorar en las pautas de morbilidad, el desarrollo de la medicina preventiva, la aparición de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, la concepción positiva de la salud, la organización en gran escala de los servicios

² O. cit. Capítulo II .Página. 12

médicos, etc. En la siguiente tabla, queda representada la evolución histórica de las pautas de atención al enfermo, la evolución en el uso del soporte institucional y los cambios en los rituales de la muerte.

<i>Cronología</i>	<i>Proceso</i>	<i>Causas</i>
Antes del siglo xx	Conocimiento de muerte propia. Familiaridad social. Ritualización. Aceptación. Protagonismo del enfermo. Irrelevancia sanitaria.	Familia consanguínea. Muertes tempranas. Trascendencia: modelo ontológico. Escaso desarrollo tecnológico.
Sociedad industrial	Fragmentación de los rituales. Noción de ruptura Inexperiencia Preeminencia sanitaria.	Cambios de la estructura social y productiva. Disminución de la idea de trascendencia. Desarrollo sanitario.
Segunda mitad del siglo xx	Descontextualización Ocultación Cambio en la delegación colectiva e individual. Muerte institucional	Distintos valores: primacía del presente. Guerra mundial. Temores individuales y colectivos. Comunicación de masas. Laicismo. Preservación de la estabilidad social. Progreso tecnológico. Amortiguador social.
Años setenta	Evaluación de los modelos alternativos.	Envejecimiento de la población. Aumento de los costes. Distress sanitario.
Años ochenta y	Heterogeneidad de las alternativas.	Cambios de la sensibilidad social.

siguientes		Complejidad análisis eficacia-eficiencia. Sistemas políticos. Diversidad de los objetivos .
------------	--	---

TABLA I. Evolución sociológica del proceso de morir³

Se puede apreciar a lo largo de la historia el aumento del uso institucional y el descenso del uso del domicilio; el cambio de los rituales de atención a la muerte; la existencia de diferentes modelos de atención tanto institucional como domiciliaria dependiendo del soporte socio-familiar del enfermo. Elección hecha por la familia en la mayoría de los casos ante las dificultades de acceso a nivel institucional, sin valorar la garantía de una atención “integral” física y emocional del paciente.

La derrota de algunas enfermedades y la reducción drástica de la alta morbilidad-mortalidad, dejan paso a una mayor esperanza de vida, y envejecimiento de la población. Los cambios en el modo de enfermar han obligado a la medicina al cambio en la forma de enfrentarse con sus enemigos y a ampliar sus perspectivas. Las enfermedades crónicas y los accidentes deben analizarse desde un modelo multicausal. Pasando de lo individual a lo general para terminar en lo social.

Toda enfermedad de cualquier tipo va imbricada dentro de un marco social, pero se solo se denominan enfermedades sociales: <<las que para su aparición y difusión intervienen causas sociales, originan un daño económico a la sociedad y necesitan para su profilaxis y tratamiento medidas de carácter social>>Y es que **social** es todo fenómeno colectivo que tiene una repercusión positiva o negativa sobre la economía y el bienestar nacional, ampliándose la apreciación de las enfermedades, que hoy tienden a considerarse por su repercusión sobre la colectividad a través del **índice demoesocial** , integrado por los factores morbilidad, mortalidad e invalidez, que producen factores que tipifican los hechos sociales de convivencia humana en el ámbito familiar y laboral y la vida en colectividad.

³ Gómez –Batiste, X. y otros: Cuidados Paliativos en Oncológica. Editorial JIMS.1996. Barcelona

“Los problemas sanitarios son en gran parte, problemas económicos y de educación.” En las enfermedades sociales suelen ser dos o más los factores que influyen en su etiología.

- Uno, el específico causal de tipo microbiano, neofornativo, denegativo, traumático, etc., a veces desconocido, y otro,
- Ese ambiente y situación social en el que se encuentra inmerso el individuo, la familia y los grupos sociales y sobre el que tanto influyen dos elementos, el económico y el educativo.

La influencia de la estructura y dinámica sociales sobre la génesis y distribución de los estados de salud y enfermedad en individuos y colectividades, son factores a tener en cuenta con vistas al cambio de las mismas.

La enfermedad del hombre implica una serie de problemas, no solamente individuales, sino de orden familiar. Por una parte, la necesidad de asistencia al enfermo dependiente, domiciliaria o institucional (hospitalaria o no) y, por otra, las alteraciones que su enfermedad puede acarrear a la familia bajo los puntos de vista afectivo, laboral o económico, motivo por el cual desde el ámbito de la salud también se debate por la dependencia.⁴

1.4. La persona enferma versus persona dependiente:

Los rasgos personales del enfermo/dependiente tienen una gran trascendencia, dentro del conflicto personal y familiar:

En primer término, hemos de estudiar la situación que ocupa dentro de la estructura familiar .Las implicaciones familiares serán distintas, bajo el orden económico, afectivo o social, según sea el padre, la madre o un hijo. Y también influirá, por supuesto, la edad de los mismos.

En segundo lugar, tenemos que analizar la situación laboral que ha tenido el dependiente y sus familiares, así como su situación económica.

⁴ Sánchez Fierro, J: Libro verde sobre la dependencia en España. Azprensa. 2004 (<http://www.azprensa.com/libros.php>)

No sólo por la trascendencia económica, sino también por las dificultades de adaptación a la enfermedad o a la rehabilitación.

Y por último, es importantísimo la actitud que el enfermo dependiente tome ante la enfermedad. El clima psicológico que el sepa crear o, por el contrario, se forme espontáneamente en función de la gravedad, del sufrimiento o de la desesperación influirán notablemente en las posibilidades de convivencia familiar.

En resumen, tanto los rasgos psicológicos de la enfermedad, como las posibilidades de convivencia familiar, las dificultades de adaptación a la enfermedad por parte del enfermo, el trauma familiar (de sufrimiento, ansiedad, temor y angustia), el grado de invalidez que conlleva la enfermedad y por último, el tipo de cuidados que necesita el enfermo dependiente determinan el bienestar del mismo y su familia.

2. ENCUADRE HISTORICO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

2.1. Antecedentes relevantes a nivel internacional

Existe un movimiento general de reivindicación de la autonomía, mediante lo que se ha llamado "el lenguaje de los derechos". Tras la Segunda Guerra Mundial los derechos civiles y políticos han llegado a conseguir su máximo grado de generalidad. Dos documentos son especialmente significativos en este proceso, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 10 de diciembre de 1948, y la Convención Europea para la Salvaguarda de los Derechos del Hombre y de las Libertades Fundamentales, de 1950. Sin este movimiento general en favor de los derechos humanos, no sería comprensible el desarrollo actual de los derechos de los enfermos (reivindicación de los valores de individualidad, libertad y autonomía), que lleva consigo la configuración de una ética médica basada en el principio de autonomía, frente a la tradicional basada en el lenguaje de la virtud , con actitud paternalista.

El movimiento de derechos de los pacientes, que de algún modo puede considerarse como una especificación del movimiento general de defensa del consumidor, ante la cada vez más amenazante tecnología médica.

En distintos países y por diferentes motivaciones, se ha recorrido un proceso de sensibilización, aprobación e implementación de los derechos humanos en general y de los pacientes en particular, desembocando en **documentos básicos** reconocidos por los estados.

Destacamos los siguientes documentos:

1. Basándose en la convicción de que los Derechos Humanos son el fundamento de la libertad, la justicia y la paz en el mundo, la **Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1950**, , pretende proyectar mediante su proclamación solemne en el ámbito de las relaciones nacionales e internacionales los principios de la dignidad y valor supremos de la persona humana, y de la dignidad básica de todos los hombres.
2. **Carta Social Europea de 1961** es el primer Documento de alcance supranacional que sistematiza la protección conjunta y sistemática de los derechos económicos, sociales y culturales, a pesar de que la Declaración Universal de Derechos Humanos los incluyera ya explícitamente en su proclamación.
3. **Declaración de Helsinki de 1964** (adoptada por la XVIII Asamblea Médica Mundial y revisada por la XIX Asamblea, en Tokio en 1975, desarrolla los principios de orden técnico y ético que deben servir de guía para los médicos en la investigación biomédica en seres humanos.
4. **Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos de 1966**
5. **Declaración Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966.**

A partir de este momento, comenzó todo un movimiento, una organización privada norteamericana (la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales CCAH), procedió a la revisión de su Reglamento, y permitió a las asociaciones de consumidores, en particular la National Welfare Rights Organization, participar en esa tarea. Esta organización elaboró en junio del 1970 un documento con 26 peticiones concretas, que suele considerarse como primer código de derechos de los enfermos.

Comenzó así un largo proceso de negociación, al cabo del cual un cierto número de propuestas concretas fueron incluidas en el nuevo reglamento de la C.C.A.H.. En el preámbulo se definía además a los pacientes como “consumidores de servicios sanitarios”.

6. El siguiente paso se dio en 1973, cuando la Asociación Americana de Hospitales aprobó su **Carta de los Derechos de los Pacientes** (“Patient’s Bill of Rights”).

Aunque su contenido fuera parcial y ambiguo, su influencia ha sido enorme, sobre todo desde que en 1974 el Departamento Federal de Salud, Educación y Bienestar recomendara “a los hospitales y demás centros sanitarios la adopción del código de derechos de los pacientes, así como su distribución, en la forma que les pareciera más efectiva, a todos los pacientes que ingresaran en sus establecimientos”.

La lectura atenta del código de 1973 es muy instructiva, porque demuestra cómo sus doce puntos no son otra cosa que especificaciones del derecho general al “**consentimiento informado**”. Realmente, la aparición de los códigos de derechos de los enfermos ha sido la culminación del descubrimiento del derecho al consentimiento informado, y el comienzo de nuevos desarrollos⁵.

⁵ He aquí el texto aprobado por la Asociación Americana de Hospitales el 6 de febrero de 1973:
1. El paciente tiene derecho a una atención considerada y respetuosa.
2. El paciente tiene derecho a obtener de su médico la información completa disponible sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en términos que sea razonable considerar como comprensibles por el paciente. Cuando no sea médicamente aconsejable dar al paciente tal información, ésta deberá ser proporcionada en su lugar a alguna persona adecuada. El paciente tiene el derecho a conocer el nombre del médico responsable de la coordinación de su asistencia.

Prácticamente todos los derechos consignados en esta carta son especificaciones del derecho general a la información y al consentimiento.

No todos ellos tienen idéntico rango ni la misma validez, pero de lo que no cabe duda que el consentimiento informado sea un “derecho humano individual”, que puede añadirse a la lista clásica del derecho a la vida, a la salud, a la libertad y a la propiedad. Se trata de un nuevo derecho, el derecho al consentimiento informado, relacionado con el derecho a la privacidad y el derecho a morir con dignidad. Todos ellos se fundamentan en el respeto por la autonomía del paciente.

3. El paciente tiene derecho a recibir de su médico la información necesaria para otorgar el consentimiento informado antes del inicio de cualquier prueba y/o terapéutica. Excepto en casos de urgencia, esta información para el consentimiento informado debe incluir, pero no tiene por qué hallarse limitada a ello, la prueba específica y/o tratamiento, los riesgos significativos desde el punto de vista médico que conlleva y la probable duración de la incapacidad. Cuando existen diferentes alternativas médicas para la asistencia o el tratamiento, o cuando el paciente solicita información sobre alternativas médicas, el paciente tiene derecho a tal información. El paciente tiene también el derecho a conocer el nombre de la persona responsable de las pruebas y/o tratamiento.

4. El paciente tiene el derecho a rechazar el tratamiento, en los límites permitidos por la ley, y a ser informado sobre las consecuencias médicas de su acción.

5. El paciente tiene derecho a que se respete su privacidad en todo lo relacionado con su propio programa de asistencia médica.

El análisis del caso, la consulta, la exploración y el tratamiento son confidenciales y deben ser efectuados discretamente. Aquellos no relacionados directamente en su asistencia deben tener permiso del paciente para estar presentes.

6. El paciente tiene el derecho a esperar que toda la información y los protocolos sobre su asistencia sean considerados confidenciales.

7. El paciente tiene derecho a esperar que, en la medida de sus posibilidades, cada hospital dé respuesta razonable a la petición de servicios por parte de un paciente. El hospital debe proporcionar evaluación, servicio y/o traslado, según lo aconseje la urgencia del caso. Cuando sea médicamente posible, un paciente puede ser trasladado a otro centro, pero sólo tras haber recibido completa información y explicaciones sobre las necesidades de y alternativas a tal traslado. La institución a la cual se va a trasladar al paciente, debe primero haber aceptado el traslado de éste.

8. El paciente tiene derecho a obtener información sobre cualquier relación del hospital con otros centros asistenciales e instituciones educacionales, en todo lo que esté relacionado con su asistencia. El paciente tiene el derecho de obtener información sobre la existencia de cualquier relación profesional, con su nombre, entre los individuos que le están tratando.

9. El paciente tiene el derecho a ser advertido si el hospital se propone incluirle en o efectuar algún ensayo clínico relacionado con su asistencia o tratamiento. El paciente tiene el derecho a rehusar la participación en tal proyecto de investigación.

10. El paciente tiene derecho a esperar una razonable continuidad en su asistencia. Tiene el derecho de conocer con antelación los horarios y los médicos disponibles, y dónde. El paciente tiene el derecho a esperar que el hospital establezca un mecanismo por el que pueda ser informado por su médico o su ayudante sobre el modo como va a continuar su asistencia si su médico se marcha.

11. El paciente tiene derecho a examinar y recibir una explicación de la factura, abstracción hecha de quién sea el que pague.

12. El paciente tiene el derecho a conocer las reglas y reglamentaciones del hospital que se refieren a su conducta como paciente.

7. En 1976 la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprueba un documento elaborado por la Comisión de Salud y Asuntos Sociales, en el que invita a los Gobiernos de dieciocho Estados miembros a tomar las medidas necesarias a fin de que los pacientes puedan recibir alivio a sus sufrimientos, se les tenga perfectamente informados sobre sus dolencias y sobre los tratamientos propuestos, y cuenten con la posibilidad de prepararse psicológicamente a la muerte⁶.
8. En 1978, las principales autoridades Sanitarias de más de 140 países aceptaron de forma unánime **la declaración de Alma Ata**. En ella se especifica los fundamentos de la Atención Primaria de Salud. Desde entonces los estados miembros de la OMS han aprobado las estrategias sanitarias para conseguir el objetivo: **“Salud para todos en el año 2.000”**. La Atención Primaria de Salud es la asistencia esencial a la que deben de tener acceso de forma general todos los individuos y familias de la comunidad, a través de medios adecuados a ellos, contando con su participación total y a un coste que la comunidad y el país puedan afrontar.
9. **Carta del Enfermo usuario del hospital**”. Aprobada en la XX Asamblea del Comité Hospitalario de la Comunidad Económica Europea. Mayo 1979.
10. **“Principios de los Derechos de los Pacientes en Europa”**, aprobados en las Jornadas Europeas de la O.M.S. Amsterdam,

⁶ Además, el documento invita a crear dos comisiones nacionales distintas:

Una encargada de establecer unas normas éticas para el tratamiento de los moribundos, de determinar principios médicos orientativos en el uso de medidas especiales para prolongar la vida y de examinar la situación de los médicos en la hipótesis de sanciones previstas por las leyes civiles y penales, cuando han renunciado a poner medios artificiales para prolongar el proceso de la muerte de los enfermos en estado de agonía ya iniciada y cuya vida no pudiera llegar a salvarse con los actuales conocimientos médicos, o bien cuando hubieran intervenido con la adopción de ciertas medidas destinadas, primordialmente, a aliviar los sufrimientos susceptibles de ejercer un efecto secundario en el proceso de la muerte. Finalmente, el documento recomienda a sus dieciocho miembros armonizar los criterios relativos a los derechos de los enfermos y moribundos.

marzo de 1994 (texto básico para el desarrollo de los derechos de los pacientes en los distintos países europeos).

Respecto a acciones para promocionar los derechos de los pacientes, tanto la Conferencia Regional de la O.M.S. celebrada en Copenhague, diciembre de 1994, sobre “Normas de Salud” como la conferencia de Viena, marzo de 1996, han sido los foros europeos con este cometido, planteándose estudiar los mecanismos apropiados para el desarrollo de movimientos de discusión en los países miembros. Respecto a España, las asociaciones de enfermos y usuarios han tenido una importante misión en el desarrollo de estos temas.

2.2. Nivel Nacional:

1. Oficialmente, es con el “**PLAN DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA**” del INSALUD, de 1984, donde se recoge la “Carta de derechos y deberes de los pacientes” (se amplía su espíritu inspirado en el **artº 43** de la **Constitución de 1978**, sobre protección de la salud), significa que el ciudadano tiene derecho a que los poderes públicos adopten las medidas necesarias para garantizarle no sólo su acceso a los dispositivos institucionales de la salud sino también el recibir una correcta prestación de los mismos tanto cuantitativamente como cualitativamente en la medida que lo necesite para prevenirle de la enfermedad o, llegada ésta, restituirle su salud en la medida de lo posible y rehabilitarle reinsertándolo en la sociedad. En el caso de precisar la utilización de los servicios asistenciales, ya sean hospitalarios o de atención primaria, debe recibir el trato que le corresponde a todo hombre o mujer como persona libre y responsable de su manera de vivir como miembro de la colectividad y dentro del marco de sus derechos constitucionales.
2. Posteriormente, **la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril**, recoge y amplía estos derechos en su **artº 10**, especialmente respecto al derecho a la información (lo que dará lugar al

La segunda, tiene por objeto examinar las demandas presentadas contra el personal médico por errores o negligencias profesionales, y ello sin atentar contra la independencia de los

“consentimiento informado”). En su **art.11** quedan reflejados los **Deberes del enfermo**⁷ las obligaciones de los ciudadanos con las instituciones y organismos del sistema sanitario.

En esta consideración de derechos básicos, falta el derecho a morir con dignidad, y el derecho a la asistencia religiosa que son recogidos en la declaración de derechos del enfermo Terminal.⁸

Estos derechos y deberes de los pacientes habría que englobarlos dentro de los fundamentos de la bioética⁹ considerada como “la fundamentación y metodología racional de las decisiones éticas cuando entran en conflicto diversos valores humanos en condiciones de incertidumbre pronóstica”. Se ha llevado a operativizar a través de los “**Comités Asistenciales de Ética**”, según la **circular 3/95 del INSALUD de 30 de marzo, sobre los C. A. E.** establece unas normas que cada hospital tendrá en cuenta en su Reglamento Interno de Funcionamiento¹⁰. Todo ello va dentro del proceso iniciado de humanizar la

tribunales ordinarios.

⁷ 1. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria, comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los Servicios Sanitarios.

2. Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.

3. Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.

4.- Firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento. De negarse a ello, la dirección del correspondiente centro sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el Alta.

⁸ El enfermo terminal próximo a la muerte tiene derecho a:

1. Ser tratado como persona humana hasta el fin de su vida.

2. Recibir una atención personalizada.

3. Participar en las decisiones que afecten a los cuidados que se le han de aplicar.

4. Que se le apliquen los medios necesarios para combatir el dolor.

5. Recibir respuesta adecuada y honesta a sus preguntas, dándole toda la información que él pueda sumir e integrar.

6. Mantener su jerarquía de valores y no ser discriminado por el hecho de que sus decisiones puedan ser distintas de las de quienes le atienden.

7. Mantener y expresar su fe.

8. Ser tratado por profesionales competentes, capacitados para la comunicación y que puedan ayudarle a enfrentarse con su muerte.

9. Recibir el consuelo de la familia y amigos que desee que le acompañen, a lo largo del proceso de su enfermedad y en el momento de la muerte.

10. Morir en paz y con dignidad.

Después de la muerte el cadáver ha de ser tratado con respeto.

La familia ha de ser informada correctamente de las circunstancias del fallecimiento y recibir ayuda administrativa, psicológica y espiritual, para poder hacer frente con serenidad a la etapa inmediata después de la muerte.

⁹ Fundamentación de la decisión autónoma (intencionalidad, conocimiento y sin control externo

¹⁰ Se establecen las siguientes funciones para los Comités:

atención asistencial que recibe el paciente, y optimizar los resultados de la medicina como la satisfacción profesional en ofrecer mayor calidad de asistencia.

- 3 Acuerdo marco entre los Ministerios de Asuntos Sociales y de Sanidad en materia de coordinación sociosanitaria (diciembre de 1993)
 - o Plan Gerontológico Nacional 1992
 - 1er. Centro sociosanitario en Cantabria (Hospital de Liencres. Fundación Emilio Botín. 45 camas. Año 2003
- 4 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.¹¹ Entra en vigor el 16 de Mayo del 2003. Tiene carácter básico y cambia por completo el panorama del consentimiento informado.
- 5 Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. La cual ofrece mecanismos de cooperación y coordinación tanto en la organización de la asistencia sanitaria como en salud pública. La ley crea órganos colegiados que se abren a la participación de las comunidades autónomas. El órgano básico de

1ª. Proteger los derechos de los pacientes.

2ª. Analizar, asesorar y facilitar el proceso de decisión clínica en las situaciones que plantean conflictos éticos entre sus intervinientes: el personal sanitario, los pacientes o usuarios y las instituciones.

3ª. Colaborar en la formación en Bioética de los profesionales del hospital y del área de salud, y muy en particular en la de los miembros del Comité.

4ª. Proponer a la institución protocolos de actuación para las situaciones en que surgen conflictos éticos y que se presentan de manera reiterada u ocasional.

¹¹ Ley que:

1. Regula con detenimiento la confección, conservación, uso y acceso a las historias clínicas.
2. Da por primera vez cobertura legal a las voluntades anticipadas o testamento vital
3. Deroga a la Ley Gral de Sanidad en materia de información (adaptada a las características del enfermo):
 - a. Predominio de la información verbal, que requiere tiempo, y anula la sola virtualidad del formulario de consentimiento informado.
 - b. El titular del derecho a la información es el paciente, pero también serán informadas las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
 - c. Retira al paciente el acceso integro a su historial, pues se podrán retirar datos de terceros y las anotaciones subjetivas del médico.(Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal).

Todo ello a través de 6 capítulos y disposiciones adicionales.

cohesión es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud¹². La cual contempla la participación de determinadas asociaciones (Confederación Española de Organizaciones de Mayores CEOMA, CERMI,...) y organizaciones (el Foro Español de Pacientes¹³) a participar y poder ver atendidas sus demandas en el diseño de Políticas Sanitarias.¹⁴

- 6 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (BOE de 22 de noviembre del 2003)

2.3. Marco jurídico relevante en el ámbito autonómico de Madrid:

a. La ley 12/2001, de 21 de diciembre, de ordenación sanitaria de la comunidad de Madrid, que contempla en el Título IV los siguientes capítulos:

- Capítulo I. Derechos y deberes de los ciudadanos.
- Capítulo II. Agencias Sanitarias.
- Capítulo III. Del Defensor del Paciente, el art. 38, fija las funciones del defensor en :
 - 1. Canalizar todas aquellas quejas, reclamaciones o propuestas de los ciudadanos no resueltas...

Pueden formular a la Administración Recomendaciones y Sugerencias sobre aspectos de mejora de su funcionamiento. Así como una función consultiva a demanda de cualquier Administración o Ciudadano.

- 2. Elaboración de la Memoria de las actuaciones realizadas. (1.101 expedientes en 2005)

¹² Cap. IX. De la participación social, art. 67 sobre el Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud. Que establece que se ejercerá a través de:

1. El Comité Consultivo
2. El Foro abierto de Salud
3. El Foro Virtual

Así como en el art. 68, contempla las Redes de Conocimiento, que generen y transmitan conocimiento científico y favorezcan la participación social.

¹³ Organización de promoción de los derechos de los pacientes formada por 6 grandes organizaciones de pacientes y voluntarios que representan 350 asociaciones de pacientes y 165.00 asociados

2.4. Marco jurídico relevante en otras comunidades autonómicas:

- . La Generalitat de Cataluña fue de las primeras comunidades en elaborar:
 - La Ley sobre los derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica (21-12-2000) y
 - La Ley de Testamento vital (21-12-2000)

3. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN EL AMBITO SOCIOSANITARIO:

Comentamos a continuación las diferentes experiencias y entidades que están utilizando soluciones alternativas a la vía judicial para la resolución de conflictos.

3.1. En España:

3.1.1. Entidades Profesionales:

En primer lugar la iniciativa del Colegio de Médicos de Vizcaya que desde febrero de 1997 dispone de un Tribunal arbitral para daños. Posteriormente el Colegio de Abogados de Madrid creo el 26 de septiembre de 1999 una Corte de Arbitraje del Colegio de Abogados de Madrid. Tribunal arbitral para daños, con el respaldo del Colegio de Médicos y la Comunidad de Madrid. Su objetivo es ayudar desde el campo de derecho, “a pacificar un mundo muy tensionado como es el de la difícil responsabilidad sanitaria”.

El arbitraje supone una alternativa a la jurisdicción ordinaria para solucionar las diferencias entre las pretensiones del paciente y los médicos en materia de responsabilidad civil, aunque sólo será posible su utilización si existe la previa conformidad de ambas partes¹⁵. Al colegio de Madrid, le siguió el Colegio de Médicos de Ourense.

¹⁴ Elaboración de la Estrategia SXXI, con especial énfasis en la promoción de la salud, educación para la salud,...y se insta a las administraciones a fomentar la calidad de vida de los ciudadanos desde ámbitos diferenciados.

¹⁵ El proyecto “nace como una necesidad, porque se va produciendo una cada vez más acentuada conflictividad de tipo jurisdiccional, que hace necesario buscar un nuevo campo donde se debatan con orden, rapidez y sin la tensión de un pleito las diversas posturas”. El objetivo es “crear un nuevo terreno donde se pueda hablar en paz y sin la presión que supone la actuación de los tribunales, donde se pueda arbitrar, una solución que sea igualmente justa y donde no se someta a las partes al riesgo del fracaso o al riesgo de la pena del banquillo.

3.1.2. Entidades Locales:

El ayuntamiento de Getafe (Madrid) en septiembre del 2000 pone en marcha un proyecto de mediación familiar para abordar situaciones de conflicto familiar relacionadas con la atención y/o convivencia con las personas mayores. Conflictos que se agudizan cuando la persona mayor llega a una situación de dependencia. Este proyecto se puso en marcha con el objetivo de mejorar las relaciones y la convivencia con las personas mayores a través de la ayuda de un mediador llegando a acuerdos satisfactorios para todas las partes.

4. MEDIACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: UNA DIFÍCIL RESPUESTA

En muchas clases de disputas interpersonales, las cuestiones de la justicia son tan complicadas y personales que un extraño con tiempo y recursos limitados, como un tribunal, es incapaz de satisfacer las necesidades jurídicas y psicológicas de los participantes. A menudo el resultado es que la mayoría de los contendientes o aguantan el conflicto o, si es posible, evitan el contacto. Aún más, muchos conflictos implican a miembros de una familia o a amigos, y si estos conflictos permanecen sin resolver se agravan y a la larga pueden

El temor de los usuarios de la sanidad al corporativismo médico no tiene cabida en este tribunal, ya que se trata de resolver en equidad (sentido común de la justicia) o en derecho (por aplicación de normas jurídicas), de forma que nadie pueda utilizar este medio de pacificación como instrumento para hacer corporativismo.

El camino para obtener la confianza de los médicos y de los pacientes en este organismo va a ser lento aunque va a ser el tiempo el que demuestre la calidad de sus decisiones y la depuración efectiva de la responsabilidad civil, evitando el calvario de la tramitación jurisdiccional.

El procedimiento constará de dos fases:

1. Una de mediación y
2. otra arbitral

En la primera no será ni siquiera necesario el debate ante un colegio arbitral, porque muchas veces la complejidad del debate puede resolverse en concordancia y conciliación. De esta forma se afinan las pretensiones de las partes y se obtiene un acuerdo. Existe la esperanza de que este tramo se realice con rapidez.

La segunda, está prevista para cuando no se obtenga acuerdo en la primera, se ajustará a plazos reducidos. Una de las cuestiones que más preocupa por su lenta elaboración es la de los informes periciales, por lo que el Colegio de abogados pretende impulsar una estrecha relación con el Colegio de médicos para que lo que se pericia (lex artis) se haga pronto y bien.

Los beneficios se extienden a los pacientes, se acortan los procesos en el tiempo. Además se resuelve de forma rápida y satisfactoriamente procesos que en la búsqueda de responsabilidad penal podría conducirles a un enorme fracaso, puesto que se necesitan una serie de condiciones para que haya reproche penal.

desgastar una fuente importante de apoyo social. Ante esta situación la mediación ofrece las siguientes ventajas:

1. Los participantes mantienen el control sobre sus propias decisiones y acuerdos, en vez de ser les impuestas esas decisiones
2. Estimula la cooperación y el acuerdo y ayuda se resolver diferencias y disputas
3. Las familias son ayudadas a mirar hacia el futuro, en vez de en el pasado
4. Facilita el diálogo en los familiares que encuentran difícil la comunicación o que pueden haber dejado de hablarse entre ellos completamente
5. Los encuentros en mediación son informales, comparados con la formalidad de los procedimientos judiciales
6. Se contemplan las necesidades de todas las partes. A los familiares se les ayuda a tener en cuenta las necesidades y sentimientos de las personas en situación de dependencia, además de los suyos propios
7. La mediación ayuda a reducir el estrés de todos los implicados y a minimizar la animosidad y el rencor.
8. La mediación permite que todas las opciones disponibles sean clarificadas y exploradas en discusiones conjuntas, antes de tomar las decisiones
9. Las posibilidades de reconciliación no son excluidas y pueden surgir en la discusión
10. Los acuerdos pueden ser adaptados a las circunstancias y necesidades familiares particulares
11. Los costes legales pueden ser reducidos y pueden evitarse procedimientos judiciales innecesarios.

La desventaja estaría en ver el conflicto como interpersonal en lugar de contemplarlo en su dimensión global socioeconómica, política y cultural. Percepción que puede bloquear la comprensión de su naturaleza *social* y su encuadre en contextos socioeconómicos más amplios que tienen que ver con las políticas de intervención del estado.

4.1. ¿Por qué deciden las personas ir a mediación?

1. Necesidad de resolver cuestiones con las que son incapaces de enfrentarse por ellos mismos
2. Deseo de conseguir acuerdos juntos
3. Deseo de hacer “lo mejor para todos”
4. Deseo de permanecer en buenos términos entre ellos
5. Necesidad de alguien imparcial que les ayudase a manejar las discusiones sobre cuestiones específicas
6. Deseo de evitar costes legales tanto como sea posible
7. Deseo de un acuerdo fuera de los juzgados
8. Deseo de alguien que fuese imparcial, objetivo y entendido
9. Deseo de ayuda práctica y emocional al mismo tiempo
10. Deseo de reconciliación – “esperanza de un milagro”

5. POSIBILIDADES DE LA MEDIACIÓN DESDE EL ANTEPROYECTO DE LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA:

La aprobación de esta ley acercará a España a las medidas que determinados países europeos llevan desarrollando en el reto de la atención a la dependencia en las últimas décadas. La atención de las Administraciones se presta desde el sistema sanitario y desde el ámbito de los servicios sociales¹⁶ con una cobertura claramente insuficiente, con importantes diferencias entre Comunidades Autónomas y entre las áreas urbanas y rurales.¹⁷

La futura Ley reconocerá un nuevo derecho de ciudadanía en España: el de las personas que no se pueden valer por sí mismas a ser atendidas por el Estado y garantiza una serie de prestaciones.¹⁸

¹⁶ Art. 3. j) del Anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia

¹⁷ Así, en España sólo el 3,14 por 100 de las personas mayores de 65 años cuentan con un servicio de ayuda a domicilio, el 2,05 por 100 con teleasistencia, y el 0,46 por 100 con una plaza en un centro de día.

¹⁸ La Ley se inspira en los siguientes principios:

- El carácter universal y público de las prestaciones.
- El acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad.
- La participación de todas las Administraciones en el ejercicio de sus competencias.

Desde la mediación se puede reforzar:

5.1. La decisión autónoma del dependiente:

La Ley dice: *“regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema Nacional de Dependencia con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas. Este Anteproyecto se configura como el Sistema Nacional de Dependencia y cuarto pilar del Estado del Bienestar, tras el Sistema Nacional de Salud, el sistema educativo y el sistema de pensiones, que fueron desarrollados en la década de los 80”*.¹⁹

En su artículo 4 se establecen los derechos de las personas dependientes²⁰ en relación al catálogo de prestaciones que se establecen una vez adquirida la condición de persona en situación de dependencia por la administración. Los

Los titulares de este nuevo derecho serán los ciudadanos que cumplan los siguientes requisitos:

- Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos.
- Tener tres o más años de edad.

La situación de dependencia se clasificará en los siguientes grados:

Grado I. Dependencia moderada: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

Grado II. Dependencia severa: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

Grado III. Gran dependencia: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

¹⁹ Con la Ley de Integración Social de las Personas con Minusválidas de 1982 (LISMI); la puesta en marcha del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en 1988 y la generalización del sistema de pensiones, mediante la Ley de Prestaciones no contributivas de 1990.

²⁰ 2. Asimismo, las personas en situación de dependencia disfrutarán de todos los derechos establecidos en la legislación vigente, considerándose de especial protección los siguientes:

- a) A disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad.
- b) A recibir, en términos comprensibles, información completa y continuada relacionada con su situación de dependencia.
- c) A ser advertido de si los procedimientos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, siendo necesaria la previa autorización de la persona en situación de dependencia o quien la represente.
- d) A que sea respetada la confidencialidad en la recogida y el tratamiento de sus datos.
- e) A decidir, cuando esté en su pleno juicio, sobre la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno.
- f) A decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial.
- g) Al ejercicio pleno de sus derechos jurisdiccionales en el caso de internamientos involuntarios, garantizándose un proceso contradictorio.
- h) Al ejercicio pleno de sus derechos patrimoniales.

derechos contemplados en este anteproyecto están relacionados con la gestión de las prestaciones de dependencia, pero se olvidan de articular algunos derechos, como por ejemplo el derecho de educación para la salud, que vendrían a crear una línea de prevención de la dependencia.

Es necesario fortalecer el derecho a la autonomía del paciente, contemplado como hemos podido apreciar en los diferentes documentos sobre los derechos del paciente. En ellos se ha implementado constantemente la autonomía del enfermo y su formulación escrita a través del documento del consentimiento informado. El Programa Individual de Atención al dependiente, debería ser el vehículo donde además de la planificación asistencial del dependiente podría reflejar el consentimiento del dependiente a dicho programa con el compromiso de participación activa tanto del dependiente como de su familia, así como los acuerdos adoptados y plazos de revisión de los mismos, formulados entre los profesionales con el dependiente y sus familiares. Además se podrían definir el camino a seguir en la resolución de los posibles conflictos que se pudiesen plantear.

5.2. La creación de vías de resolución de conflictos alternativas al sistema judicial:

En el título III de la ley aparecen las normas que se establecen en materia de infracciones y las sanciones correspondientes por una inadecuada utilización de las ayudas, pero el conocimiento y difusión de normas y sanciones, no impide que las personas las realicen. Es necesario promover medios más activos y resolutivos en el cumplimiento de los acuerdos y prestaciones, como la utilización de la mediación y el arbitraje en la resolución de conflictos.

La vía judicial muchas veces no resuelve el conflicto sino que al contrario lo eterniza. Se hace necesario buscar otras medidas que están siendo eficaces en otras áreas próximas, como es la mediación en familia, mediación penal, mediación intercultural,... etc. Y evitar con ello llegar a procesos judiciales que aumentarían el nivel de estrés en las personas que viven en situación de dependencia. A pesar de que el Sistema Judicial, ha diseñado una nueva

organización y carrera judicial que figuran en el borrador de ley orgánica del poder judicial²¹, donde se plantea la puesta en marcha de los nuevos Juzgados de Proximidad y los Consejos de Justicia²² para dar una eficaz respuesta a las demandas judiciales existentes, este anteproyecto no contempla la mediación.

Por ello planteamos la mediación como una medida rápida y eficaz en la resolución de los conflictos que se puedan plantear respecto a esta ley, para evitar la judicialización de la misma.

6. CONCLUSIÓN:

Los ancianos, discapacitados, enfermos...que viven en situación de dependencia, piden pensiones justas y adecuadas para todos, equiparadas a las de Europa con un sistema de actualización de las mismas, para no perder poder adquisitivo, y asistencia médica desde servicios especialitos (geriatria) dirigida hacia la prevención de enfermedades y Unidades de Cuidados Paliativos que ofreciesen calidad de vida en la fase Terminal de la vida.

El Libro Blanco de atención a la dependencia propone "el desarrollo de un sistema de atención de las necesidades de las personas dependientes, creando las infraestructuras, los equipamientos y los medios financieros,

²¹ vuelta a la justicia de los años cincuenta

²² El Consejo de Ministros ha aprobado la remisión a las Cortes Generales del Proyecto de reforma de la Ley Orgánica del Poder Judicial por el cual se pone en marcha la creación de los Juzgados de Proximidad, así como los Consejos de Justicia. Los nuevos Juzgados de Proximidad se conciben como la introducción de un primer escalón dentro del sistema judicial para las grandes ciudades, y responden a la necesidad de dar una respuesta judicial rápida y sin merma de la calidad.

La Ley regula una nueva forma de acceso práctica y especializada al ejercicio de la Abogacía y de la Procura. Se trata de garantizar a los ciudadanos asesoramiento, defensa jurídica y representación técnica de calidad. Esta vía de acceso al ejercicio profesional que se introduce ahora en España está ya vigente en la mayoría de países de la Unión Europea.

Permitirán resolver un creciente número de asuntos de menor entidad y escasa complejidad que afectan específicamente a las grandes ciudades. La nueva figura, integrada en la carrera judicial, facilitará una respuesta rápida a los ciudadanos, tras ingresar en la carrera judicial con la categoría de Juez de proximidad, pasados nueve años, podrá ascender en el escalafón. Los Consejos autonómicos recogen las funciones que ostentaban las Salas de Gobierno de los Tribunales Superiores de Justicia y demás órganos gubernativos radicados en la Comunidad Autónoma correspondiente.

técnicos y personales necesarios para hacer frente a esas demandas”²³, espíritu que recoge el anteproyecto, lo cual supone los comienzos de dicho sistema.

La respuesta a estas necesidades planteadas no debe quedarse en cuestiones económicas sino en la creación de soportes que tanto desde el trabajo social como desde la mediación den respuesta a la resolución de conflictos que la persona dependiente y su familia viven, alcanzando su máxima “calidad de vida”.

BIBLIOGRAFÍA:

Alzate Sáez de Heredia, Ramón (1998), “Análisis y resolución de conflictos. Una perspectiva psicológica. Ed. Universidad País Vasco. Bilbao.

Antó Boqué, J.Mª (1982), “Evolución y concepto de salud humana” En Salud Pública. UNED . Madrid

Béjar, Helena (1988), “El ámbito íntimo. Privacidad, individualismo y modernidad”. Alianza. Madrid.

Castro Cid, Benito de (1982), “El Reconocimiento de los Derechos Humanos”. Ed. Tecnos. Madrid.

Cavanillas Múgica, Santiago (1967), “La transformación de la responsabilidad civil en la jurisprudencia”. Ed Aranzadi. Pamplona.

Circular de la D.G. del INSALUD nº 3/95 de 3 de Marzo sobre los Comités Asistenciales de Ética.

Constitución española, 1978.

Cornelius, H. Y Faire S. (1998), “Tú ganas, yo Gano”. Ed. Gaia. Madrid.

Costa, Miguel y López, Ernesto (1996), “Educación para la salud”. Ed. Pirámide. Madrid.

Costa, Miguel y López, Ernesto (1986): “Salud Comunitaria”. Martínez Roca. Barcelona.

²³ Libro Blanco del Ministerio de la dependencia. Capítulo I – Pág. 14

- Costa, Miguel y López, Ernesto (1996): "Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida". Pirámide. Madrid.
- De Ángel Yaguez, Ricardo (1995), "Algunas previsiones sobre el futuro de la responsabilidad civil". Ed. Cívitas. Madrid
- Folgerg, J. Y Taylor, A. (1992), "Mediación .Resolución de Conflictos sin Litigios". Ed. Limusa. México
- González-Capitel Martínez , C. (1999), "Manual de Mediación". Ed. Atelier. Barcelona
- Gotthei, J y Schiffrin (1996), "Mediación: una transformación en la cultura". Ed. Paidós
Mediación 3. Buenos Aires
- Gracia, Diego (1989), "Fundamentos de bioética". Ed. Eudema Universidad. Madrid
- Grover Duffy, K. y varios (1996), "La mediación y sus contextos de aplicación." Ed. Paidós. Barcelona.
- Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid,(1999) " La responsabilidad civil y penal del médico". Ibersaf Industrial, S.L.
- Ley General de Sanidad, 14/1986 de 25 de abril (B.O.E. 29. 4. 86). Ed.Tecnos.1986. Madrid.
- Ley 30/1995 de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, de 8 de Noviembre de 1995. (B.O.E. nº 268 del 9.11.95)
- Mead, G. H. (1962): "Espíritu, persona y sociedad". Paidós. Buenos Aires.
- Ministerio de Educación y Ciencia (1992) Transversales. Educación para la salud. Madrid
- OMS (1989). Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra
- Ortiz, Carlos N. (1983), " El derecho a la salud y los derechos de los enfermos". Ediciones encuentro.
- Piedrola Gil, G. y otros (1975), "Medina Preventiva y Social. Higiene y Sanidad ambiental". Tomo I, 5ª. Amaro Editores. Madrid.
- Piedrola Gil G. y otros (1978), " Idem". Tomo II 6ª. Amaro Editores. Madrid.
-

Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas. Diego Gracia, " Los derechos de los enfermos" en Javier Gafo, de., "Dilemas éticos de la medicina actual"

Plan de Humanización de la asistencia sanitaria. INSALUD 1984

Redorta, J. (2004), "Cómo analizar los conflictos. La tipología de conflictos como herramienta de Mediación." Ed. Paidós Mediación 12. Buenos Aires.

Regidor, E., Gutiérrez-Fisac, J y Rodríguez, C. (1994). "Diferencias y desigualdades en salud en España". Madrid. Díaz de Santos

Revista de "Trabajo Social Hoy" nº 1 (Monográfico: Ética). Colegio Oficial de Diplomados en Tº Social de Madrid (3º trimestre de 1993)

Soulier, Jean-Pierre, "Morir con dignidad. Una cuestión médica, una cuestión ética. Edit. Temas de hoy. Ensayo. Madrid.1997

Sarria, J. Vilas, M. y Fuertes A. (1976), "Medicina y trabajo social". Ed. Verbo divino. Estella. Navarra.

SESPAS (1995): "La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 1995. Barcelona. SG Editores

Singer, L. R. (1996), "Resolución de conflictos". Ed. Paidós. Barcelona

Six, J.F. (1997). "Dinámica de la mediación". Ed. Paidós Mediación 5. Buenos Aires

Suares, M. ((1996), "Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas". Ed. Paidós Mediación 4. Buenos Aires.

Suares, M. ((2002), "Mediando en sistemas familiares". Ed. Paidós Mediación 11. Buenos Aires.

Towle, Ch, (1973)," El trabajo social y las necesidades humanas básicas". Ed. Prensa Americana. México.