

# LA TOMA DE DECISIONES EN EL PACIENTE INGRESADO CON ALTA ADMINISTRATIVA. ANÁLISIS DE LA AUTONOMÍA, VULNERABILIDAD Y CAPACIDAD

María de la Rubia Manrique\*, Juan Elicio Hernández Xumet\*\*

## RESUMEN

Actualmente la cantidad de pacientes con «alta administrativa», que son aquellos que se encuentran de alta en los hospitales tras haber finalizado el motivo por el que se produjo su ingreso, está aumentando de forma exponencial, convirtiéndose en un problema social que conlleva una serie de aspectos negativos para los pacientes que se quedan en esta situación. Dada la situación de estos pacientes se plantea como objetivo realizar una búsqueda bibliográfica de la legislación vigente y de estudios que puedan aportar posibles soluciones a la situación de estos pacientes. Para ello se va a realizar una búsqueda en MEDLINE y CINAHL, utilizando como palabras clave autonomía, vulnerabilidad, capacidad de toma de decisiones, discapacidad, dependencia y alta administrativa o paciente institucionalizado. En los resultados destaca que no hay estudios sobre la situación de las altas administrativas, pero sobre los otros conceptos a estudio se encuentran escasas referencias, lo que justifica la necesidad de atender y mejorar estos aspectos éticos.

**PALABRAS CLAVE:** alta administrativa, paciente institucionalizado, autonomía, vulnerabilidad, capacidad de toma de decisiones y discapacidad.

DECISION-MAKING IN THE ADMITTED PATIENT WITH ADMINISTRATIVE DISCHARGE.  
ANALYSIS OF AUTONOMY, VULNERABILITY AND CAPACITY

## ABSTRACT

Currently, the number of patients with “administrative discharge,” which are those discharged from hospitals after the reason for which they were admitted has ended, is increasing exponentially, becoming a social problem that entails a series of negative aspects for the patients who remain in this situation. Given the situation of these patients, the project’s objectives are to carry out a bibliographic search of current legislation and studies that could provide possible solutions to their situation. To this end, a search was carried out in MEDLINE and CINAHL, using autonomy, vulnerability, decision-making capacity, disability, dependence, administrative discharge, or institutionalised patient. The results show no studies on administrative discharges, but there are few references to the other concepts studied, which justifies the need to consider and improve these ethical aspects.

**KEYWORDS:** administrative discharge, institutionalised patient, autonomy, vulnerability, decision-making capacity and disability.



## INTRODUCCIÓN

Los sistemas de hospitalización tienen como objetivo reintegrar al paciente a la sociedad una vez que no requiere los cuidados médicos y en el menor tiempo posible (Camacho, 2020). Sin embargo, a día de hoy, los pacientes que se encuentran ingresados en hospitales que han recibido el alta médica del proceso por el que ingresaron son cada vez más frecuentes en el ámbito clínico, lo que ha generado una gran inquietud y preocupación por parte de los profesionales sanitarios, ya que han pasado de ser una serie de casos individualizados a convertirse en un problema con entidad propia (Briz-Garrido, 1998).

La casuística que presentan este tipo de pacientes, respecto al tipo de patología, problemas psicosociales y sociosanitarios de cada uno de ellos, es muy variada y compleja, pero todos tienen unas características en común y son que pese a haber obtenido el alta médica, ocupan camas hospitalarias, precisan atención sociosanitaria y no pueden regresar a su domicilio, denominándose, principalmente, como alta administrativa (Gobierno de Canarias, 2022).

Todo ello deriva en un problema socioeconómico que conlleva, por un lado, un colapso de los hospitales al verse saturados por la ocupación de camas en hospitalización por pacientes con el alta médica que no tienen acceso a los recursos sociosanitarios por el déficit de plazas públicas en ese tipo de centros (RTVC, 23 de noviembre 2022), y por otro lado, pone de manifiesto una serie de conflictos éticos en el entorno sanitario debidos a la situación en la que se encuentran estos pacientes, como son principalmente la falta de información, el déficit organizativo, la escasez de recursos, el abandono o desamparo y la falta de respeto a su autonomía (Camacho, 2020).

Este problema genera alarma social, de la que ya se hacen eco los distintos medios de comunicación (Gutiérrez, D. *Avisos*, 23 de octubre de 2022).

La pérdida de función o el deterioro cognitivo que presentan estos pacientes, por norma general, dificulta la comunicación con ellos (Ambrosio, 2019), lo que implica que sean en muchas ocasiones dependientes de sus familiares o cuidadores responsables, en mayor o menor medida, a la hora de recibir información y de tomar decisiones referentes a su salud o situación. Lo que los hace vulnerables, ya que no tienen las mismas posibilidades de proteger sus propios intereses, afectando así a su autonomía, dignidad e integridad (Arcos-García, 2016).

No obstante, la autonomía de estos pacientes es un valor que se debe intentar implementar y defender siempre que lo permita su estado de salud, fomentando de esa manera su capacidad a la hora de tomar decisiones (Llauradó-Sanz, 2013).

En consecuencia a lo anterior se hace necesario desarrollar una serie de conceptos clave.

---

\* Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de la Salud.

\*\* Movement and Health Research Group. Universidad de La Laguna. E-mail: [jher-nanx@ull.edu.es](mailto:jher-nanx@ull.edu.es).

En Canarias, se especifican como altas administrativas las de aquellos pacientes que pese a haber finalizado el proceso asistencial hospitalario que motivó su ingreso, necesitarán de unos cuidados de atención sociosanitaria que hacen imposible su retorno al domicilio habitual debido a que la persona no tiene garantizados los cuidados que precisa en dicho domicilio, bien porque no tiene a nadie que pueda responsabilizarse de su cuidado o por abandono familiar (Orden 28 de febrero 2022).

Actualmente los hospitales de Canarias cuentan con un total de 4383 camas (Ministerio de Sanidad, 2021), de las cuales un total de 480 están ocupadas por pacientes que tienen el alta médica, lo que supone un 10,95% de ocupación. Todo ello a pesar de que entre septiembre de 2022 y enero de 2023 se derivó a 401 pacientes que se encontraban en esta situación a centros sociosanitarios (Agencia EFE, 2023).

Estas cifras de ocupación han aumentado de forma preocupante en los últimos años, aun cuando no han cesado los esfuerzos realizados por parte del Gobierno de Canarias con la Orden de 23 abril 2014 y la actual Orden de 28 de febrero de 2022 que deroga la anterior para regular el régimen de derivación a plazas sociosanitarias de tránsito de personas que en situación de alta médica ocupan plazas sanitarias.

### *Abandono familiar*

La principal causa de las altas administrativas es el abandono familiar en los hospitales, circunstancia que ha aumentado considerablemente, y la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología lo define como «la deficiencia de los cuidados que son necesarios en orden a evitar al paciente un daño físico, angustia o daño mental, por parte del cuidador» (Arellano-Pérez, 2006). Puede ser de dos tipos:

- Abandono activo: existe intencionalidad.
- Abandono pasivo: existe una incapacidad por parte del cuidador para proporcionar los cuidados.

Aunque en nuestro país el abandono familiar está considerado como delito de omisión, según la legislación vigente, tal y como recogen los artículos del 229 al 231 del Código Penal, las denuncias ante la Fiscalía por abandono no suelen tener éxito, ya que los pacientes siguen siendo atendidos en los hospitales y eso implica que no se produce un abandono real de los cuidados. Además, este delito no está lo suficientemente tipificado en el Código Penal.

### VULNERABILIDAD

A nivel conceptual, según la Real Academia Española (RAE), la persona vulnerable es aquella «que puede ser herida o recibir lesión, física o moralmente», lo que convierte la vulnerabilidad en una cualidad inherente al ser humano, el cual



está totalmente expuesto a quebrarse física y moralmente en cualquier estadio de la vida. Desde la reflexión moral, la vulnerabilidad es también entendida como el desequilibrio del binomio autonomía-dependencia, ya que la fragilidad del ser humano evidencia una dependencia hacia los otros para poder alcanzar la plenitud. (Macpherson, 2019).

### *Población vulnerable o persona vulnerable*

Este aspecto de la vulnerabilidad aparece en la investigación biomédica para referirse a las personas que son incapaces de dar un consentimiento informado o que son susceptibles de coerción, pudiendo así padecer algún daño debido a su incapacidad para proteger sus propios intereses por tener su autonomía disminuida, lo que repercute de forma directa en sus competencias y en sus necesidades de cuidado, (Macpherson, 2019).

## AUTONOMÍA

### *Concepto de autonomía*

La RAE define este concepto como «la capacidad de los sujetos de derecho para establecer reglas de conducta para sí mismos y en sus relaciones con los demás dentro de los límites que la ley señala». La palabra *autonomía* se utilizó en un primer momento para referirse al autogobierno, pero ha ido adquiriendo diversos significados como son el autogobierno, los derechos de libertad, la privacidad, la elección individual, la libertad de la voluntad, (Beauchamp y Childress, 1994).

### *El principio de autonomía*

Define al individuo autónomo como aquel que actúa libremente de acuerdo con un plan elegido por sí mismo. Por el contrario, una persona cuya autonomía está disminuida está, en al menos algún aspecto, controlada por otros o es incapaz de deliberar o actuar en base a sus deseos y planes. (Beauchamp y Childress, 1994).

### *Autonomía relacional*

La autonomía relacional es un concepto bioético que concibe a la persona como un ser social que está vinculado a su familia o a un grupo, y tiene muy en cuenta la interrelación entre ellas, no asumiendo que las personas son seres aislados que toman las decisiones completamente solos. De esta forma, la autonomía no es solo la capacidad individual para tomar decisiones en salud, sino también el modo en que las personas viven en comunidad y se reconocen sus derechos mutuos.



Esa autonomía relacional exige que la persona sea siempre partícipe de las decisiones que le afectan, pudiendo desarrollar su vida en el entorno familiar y comunitario en el que ha vivido, si ese es su deseo, y que la responsabilidad de los cuidados pueda prestarse entre la familia y la administración pública, garantizando así unos cuidados decentes más allá de su capacidad económica o de la red de apoyos comunitarios con que cuenten (CBE, 2020).

### *El principio de respeto a la autonomía*

Beauchamp y Childress en el libro *Principles of Biomedical Ethics* acuñaron este término, donde se refieren a que «Ser autónomo no es lo mismo que ser respetado como agente autónomo». El respeto implica reconocer el derecho de esa persona a tener opiniones, tomar decisiones y emprender acciones basadas en valores y creencias personales. Dicho respeto supone una actitud no solo es una acción. También requiere que no solo se tenga en cuenta la obligación de no intervenir en los asuntos de las personas, sino incluye las obligaciones de mantener las capacidades para elegir de forma autónoma mientras que la persona disipa sus miedos u otras condiciones que destruyen o interrumpen sus acciones autónomas. «El respeto, en este sentido, implica tratar a las personas para que puedan actuar de manera autónoma» (Beauchamp y Childress, 1994).

### CAPACIDAD DE TOMA DE DECISIONES

La Asociación Española de Neuropsiquiatría establece que la capacidad para la toma de decisiones del paciente supone «poseer una serie de aptitudes psicológicas: cognitivas, volitivas y afectivas, que le permiten conocer, valorar y gestionar adecuadamente la información anterior, tomar una decisión y expresarla». Esta capacidad es uno de los requisitos básicos para que una persona pueda ejercer su autonomía y debe presumirse siempre, salvo que exista, lógicamente, una sentencia de incapacitación.

La potestad y responsabilidad de evaluar esta capacidad siempre va a pertenecer al médico que asiste al paciente o médico responsable y solo lo hará en aquellos casos en los que aparezcan alarmas ante la posibilidad de que el paciente sea incapaz, basándose para ello en test, escalas, entrevistas, etc.

En España lo más cercano a un protocolo validado es el «Documento Sitges», que establece los criterios básicos que orienten la evaluación de la capacidad de las personas con demencia para tomar decisiones, pero el resultado de la valoración no deja de estar basado en la opinión subjetiva del médico que la lleva a cabo.

De modo que, actualmente, no existen modelos estandarizados para valorar la voluntad y el entendimiento del paciente y de esa forma poder evaluar su capacidad para tomar decisiones, quedando en manos de la percepción de los profesionales expertos (Simón-Lorda, 2008).



Según la Organización Mundial de la Salud (2023), la discapacidad se refiere a las dificultades que se presentan en cualquiera de las tres áreas de funcionamiento de la clasificación internacional de funcionamiento (CIF, 2010), que hace hincapié en el rol de los factores ambientales en la creación de la discapacidad, y agrupa en tres categorías los problemas del funcionamiento humano que están vinculadas entre sí:

- Deficiencias: son problemas en la función corporal o alteraciones en la estructura corporal.
- Limitaciones de la actividad: son dificultades para realizar actividades.
- Restricciones de participación: son problemas para participar en cualquier ámbito de la vida.

La discapacidad tiene un componente ambiental y «resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás». El ambiente en que vive una persona tiene una enorme repercusión sobre la experiencia y el grado de la discapacidad. Los ambientes inaccesibles crean discapacidad al generar barreras que impiden la participación y la inclusión (Convención sobre los Derechos Humanos de las personas con Discapacidad, 2006).

En España la legislación define como personas con discapacidad a aquellas que «presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás» (Ley 39/2006 de 14 de diciembre).

En cambio, la dependencia se refiere a «un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria» y esta «puede afectar a cualquier sector de la población y no solo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado» (IMSERSO, 2005).

La enfermedad acarrea una pérdida de función, entendiendo como tal «la capacidad de adaptación a los problemas cotidianos a pesar de sufrir una discapacidad física, mental o social». La alteración de la función conllevará la necesidad de ayuda para las actividades cotidianas derivando en la dependencia del paciente, que va a requerir un mayor apoyo social o familiar que puede derivar en la institucionalización del paciente cuando la familia no pueda afrontar los cuidados del enfermo; por tanto (Salmerón-Álvarez, 2006), la dependencia condiciona el abandono familiar y la predispone a sufrir algún tipo de maltrato (Villarroel, 2017).

Según las últimas estadísticas, en España hay un total de 1 415 578 personas dependientes, de las cuales 193 436 se encuentran sin recibir ninguna prestación a pesar de tener derecho a ella. La situación en Canarias no es distinta que en el resto



del país, ya que, con un total de 36 737 de personas en situación de dependencia reconocida, aún hay 9950 personas dependientes en lista de espera (EpData, 2022).

### *Perspectiva de la fisioterapia*

Como fisioterapeutas formamos parte del equipo de rehabilitación y multidisciplinar encargado del cuidado de los pacientes que se encuentran en situación de alta administrativa.

La Fisioterapia se define, por la Confederación Mundial de la Fisioterapia (2023), como el servicio que desarrollan los fisioterapeutas para mantener y restaurar el máximo movimiento y capacidad funcional de las personas, ayudándolas en cualquier etapa de la vida a maximizar su calidad de vida, observando aspectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales.

Los tratamientos de rehabilitación reducen los efectos de numerosos problemas de salud, complementan otras intervenciones y contribuyen a facilitar la recuperación y conseguir el mejor resultado posible. Asimismo, pueden ayudar a prevenir, reducir o tratar las complicaciones de muchos problemas de salud. También contribuyen a minimizar o retrasar los efectos discapacitantes de enfermedades crónicas, dotando a los pacientes de estrategias de autogestión y de las ayudas técnicas que precisen, o gestionando el dolor u otras complicaciones, promoviendo el envejecimiento saludable (OMS, 2023).

Dado que el estado de salud que se produce en el paciente supone un condicionante para que tenga mayor percepción de abandono y también para ser abandonado por la condición en que se encuentra (Zúñiga-Ramos, 2009), la rehabilitación supone una inversión beneficiosa ya que ayuda a evitar hospitalizaciones costosas, reducir la duración de estas y evitar los reingresos (OMS, 2023).

Es por ello por lo que nuestra presencia es fundamental, mejorando las capacidades del paciente y promoviendo su autonomía, pues la rehabilitación minimiza la necesidad de recibir apoyo financiero y la dependencia de cuidadores (OMS, 2023), disminuyendo a la vez la tasa de abandono familiar y el número de pacientes con alta administrativa, ya que unas mejores capacidades físicas y cognitivas conllevan una menor tasa de abandono (Villarreal, 2017).

## JUSTIFICACIÓN

Hoy en día, es una realidad el envejecimiento de la población y el aumento de las personas que sufren discapacidad.

A nivel global, el envejecimiento de la población, debido a la mayor esperanza de vida y al descenso de la natalidad, hace que de cara al 2050 se prevea que el 16% de la población mundial sea mayor de 65 años, y en España, que globalmente tiene los peores indicadores de natalidad y demografía de la Unión Europea, sería el 31,4% de la misma (Naciones Unidas, 2019). Esto está produciendo una inversión de la pirámide poblacional, debido a la disminución de la población más joven



y de cara al 2050 ya estará invertida (Informe de evolución de la familia en España (Instituto de Política Familiar, 2021).

Además, en el mundo se calcula que unos 1300 millones de personas, es decir, 1 de cada 6 personas en todo el mundo, sufren una discapacidad importante. Cifra que está aumentando debido al crecimiento de las enfermedades no transmisibles y a la mayor duración de la vida de las personas. En España la cifra es de 4,38 millones de personas que declaran tener alguna discapacidad (OMS, 2023).

El envejecimiento de la población, como causa principal, representa un problema en cuanto a que da lugar a un aumento de la prevalencia de enfermedades y de otras enfermedades crónicas y síndromes que las configuran (Salmerón-Álvarez, 2006), dando lugar a situaciones de incapacidad que derivan indefectiblemente en un aumento de las necesidades de uso del sistema sanitario por parte de la población (Puig-Vela, 2000).

Esto se une a los cambios del contexto social y económico en las estructuras tradicionales de soporte, fundamentalmente familiar. La familia se ha ido cerrando sobre el núcleo familiar formado por solo padres e hijos, disminuyendo el tamaño de estas, y apareciendo nuevas alternativas a la familia tradicional, con hogares cada vez más pequeños (Del Campo, 2002). A ello se suma el cuidado informal o familiar, como relación y proceso realizado por familiares, allegados y amigos con un componente no profesional, que conlleva una presencia constante y el compromiso de promover el bienestar del otro, que se suele desempeñar en soledad, enfrentando problemas técnicos y humanos. El cuidador responsable de cuidar a una persona enferma o dependiente le facilita el desempeño de sus actividades diarias, como la alimentación, la higiene personal, el suministro de medicamentos de rutina y el acompañamiento a los servicios de salud, o la realización de otras actividades, es decir, está presente en todos los aspectos requeridos en su vida diaria (Martínez-Pizarro, 2020).

Pero esta clase de cuidados conlleva una preocupación y un coste emocional y económico en el cuidador, que le genera un factor de estrés crónico que suele ir acompañado de efectos psicológicos, de comportamiento, económicos y fisiológicos que son negativos en su vida diaria y su salud. Las horas de cuidados, los cambios en los roles y el tipo de actividades diarias, el empleo y las interrupciones en los horarios, así como la interrupción del estilo de vida, la menor socialización, el mayor desembolso y la pérdida de costos de productividad, también suponen factores añadidos en el sentimiento de amenaza sobre su bienestar y calidad de vida (Quinche, 2017; Bello-Carrasco, 2019; Cárdenas-Paredes, 2022). Según las estadísticas nacionales, «el cuidado de los pacientes crónicos y de las personas dependientes recae casi exclusivamente en la familia (INE, 2020), y se estima que el 72% de las personas mayores con necesidad de ayuda la reciben de familiares y allegados», donde el perfil que predomina de la persona que presta cuidados personales a personas con discapacidad es una mujer de entre 45 y 64 años, que reside en el mismo hogar que la persona a la que cuida (De la Cuesta, 2007).

Todo ello, unido a los retrasos en las ayudas (EpData, 2022) y que éstas son insuficientes y no cubren las necesidades de la persona dependiente ni de sus familias, aumentan también las necesidades de atención sanitaria y social de deter-





minados colectivos de la población, como son los adultos mayores o las personas en situación de dependencia (*El Día*, 2021).

Este aumento de los pacientes con alta administrativa debido a lo expuesto anteriormente, cuyos familiares abandonan en el hospital o que no tienen familia o allegados que se comprometan a su cuidado, deja a estos pacientes en una posición de gran vulnerabilidad, debido a la hospitalización, que, por norma, supone una ruptura con su ambiente, un cambio que ellos no desean y que además tiene lugar en un período de su vida en el cual las posibilidades de adaptación están muy limitadas, pierden su intimidad y se sienten abandonados (Briz-Garrido, 1998; Zúñiga-Ramos, 2012).

En nuestra experiencia profesional como fisioterapeutas con pacientes que se encuentran de alta administrativa, hemos detectado que somos, en la mayoría de los casos, los profesionales que tenemos la posibilidad de pasar una mayor cantidad de tiempo de calidad con ellos, convirtiéndonos en intermediarios entre ellos y el resto del personal sanitario que está a su cuidado, los cuales disponen de menor tiempo para acompañarlos y escucharlos debido a la carga asistencial y la estructura del trabajo de la planta de hospitalización.

Somos testigos de cómo se vulneran de manera sistemática los derechos del paciente por parte del personal, debido en la gran mayoría de ocasiones al desconocimiento por su parte de estos, teniendo los pacientes que adaptarse al sistema de trabajo y no respetándose sus deseos en base a una actitud paternalista que busca, en teoría, lo mejor para ellos, sin darles la oportunidad de expresarse o de decidir sobre sus cuidados.

Como ser humano, que también envejece, y desde la empatía y la alteridad hacia este tipo de pacientes, en el que podemos convertirnos el día de mañana, nos asalta una gran preocupación hacia el compromiso que, como profesionales sanitarios, debemos tener con ellos respecto a su autonomía, el respeto hacia sus decisiones y en cómo debemos fomentar su independencia en la medida de lo posible, lo que nos ha llevado a desarrollar este trabajo.

## MÉTODO

Para llevar a cabo este estudio se realizará una búsqueda bibliográfica en bases de datos del área de las ciencias de la salud y de legislación.

Se realiza una búsqueda sobre la legislación vigente en las siguientes bases de datos:

- Biblioteca Digital de las Naciones Unidas.
- *BOE (Boletín Oficial del Estado)*.
- *BOC (Boletín Oficial de Canarias)*.
- HUDOC (Base de Datos del Tribunal Europeo de Derechos Humanos).

También se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos de ciencias de la salud:



- MEDLINE: esta base de datos elaborada por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, incluye revistas de carácter biomédico tanto estadounidenses como de otros países.
- CINAHL: es una base de datos de EBSCO enfocada a responder a las necesidades de los profesionales de enfermería, biomedicina, medicina alternativa y otras 17 disciplinas relacionadas con las ciencias de la salud.

Los términos clave utilizados para las búsquedas bibliográficas en las bases de datos en inglés y español han sido los siguientes:

- Vulnerabilidad
- Autonomía
- Discapacidad
- Capacidad de toma de decisiones
- Paciente institucionalizado / Alta administrativa

La estrategia de búsqueda que se ha llevado a cabo ha sido realizar varias búsquedas combinando de manera diferente los términos clave para obtener el mayor número posible de artículos científicos. Se han combinado estas palabras clave de la siguiente manera:

- Patient autonomy AND (decision making or decision-making or decision making process or decision-making process) AND vulnerability AND institutionalized.
- Patient autonomy AND (decision making or decision-making or decision making process or decision-making process) AND vulnerability AND long term institutional care.
- Personal autonomy AND shared decision-making AND vulnerability AND institutionalized patient.
- Personal autonomy AND health decision-making AND vulnerability AND institutionalized patient.
- Personal autonomy AND shared decision making AND vulnerability AND long term institutional care.
- Personal autonomy AND health decision making AND vulnerability AND long term institutional care.

### *Criterios de inclusión y exclusión de la búsqueda*

Se limita la antigüedad de los artículos bibliográficos a 10 años, ya que *a priori* se considera que no existirán diferencias importantes entre los artículos publicados hace diez años y los publicados hace cinco; por lo que no se considera necesario restringir la búsqueda bibliográfica a artículos con una antigüedad menor a cinco años. De esta manera se pretende incrementar el número de referencias bibliográficas encontradas.



Respecto a la legislación, en cambio, no se pone límite de 10 años a la búsqueda, por el contrario, se busca toda la que haya vigente al respecto.

Excluimos aquellos artículos y leyes sobre menores de edad, aceptando solo lo relativo a pacientes adultos, ya que la legislación y las características de los pacientes menores de edad son distintas y no tienen el perfil de los pacientes con alta administrativa.

## RESULTADOS

### 1. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA BÚSQUEDA DE REFERENCIAS LEGISLATIVAS

Los aspectos éticos a estudio se ven reflejados en la legislación actual en distintas normativas internacionales, leyes nacionales y en la legislación propia de la comunidad autónoma de Canarias, entre las que se encuentran las siguientes:

- Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2000.
- Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, 2005.
- La Constitución española, 1978.
- Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997.
- Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.
- Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.
- Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias.
- Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.
- Orden de 28 de febrero de 2022, por la que se regula el régimen de derivación a plazas sociosanitarias de tránsito de personas que, en situación de alta médica, ocupan plazas sanitarias.



Respecto a la normativa a nivel internacional encontramos, por una parte, la *Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea*, que protege en sus distintos artículos la autonomía de los individuos y el respeto hacia sus decisiones, entre los que se incluyen el derecho a la integridad de la persona tanto física como psíquica y que en el ámbito médico y de la biología se respetará el consentimiento libre e informado. También hace mención sobre el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente, a los derechos de las personas con discapacidad para beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía y a la protección de la salud. Por otra parte, se halla la *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*, que, aunque no tiene un carácter vinculante, establece pautas comunes para las actuaciones y los diferentes procedimientos partiendo de las cuestiones éticas sobre la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías que están relacionadas con el ser humano. Promueve los intereses y el bienestar de la persona, junto con el respeto a su autonomía sobre su facultad de adoptar decisiones. Además, para aquellas personas que carecen de la capacidad para ejercerla, deben tomarse medidas especiales para proteger sus derechos e intereses. Incluye también una mención a la vulnerabilidad humana, que debe ser siempre tenida en cuenta, protegiendo a los individuos y grupos especialmente vulnerables y respetando la integridad personal de los mismos.

A nivel nacional vemos reflejada la normativa internacional:

- La Constitución española de 1978, que dispone que los derechos y libertades fundamentales son interpretados conforme a la Declaración de Derechos Humanos, garantiza la libertad, reconoce y protege los derechos a expresar y difundir libremente los pensamientos, ideas y opiniones y el derecho a la protección de la salud.
- Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, cuya finalidad es la de «proteger al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina». Este convenio hace hincapié en el consentimiento de forma libre por parte del individuo para cualquier intervención en el ámbito sanitario y protegiendo a las personas que no tienen capacidad para expresar su consentimiento.
- Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, cuyo propósito es «promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente». Reconoce a las personas con discapacidad como iguales ante la ley, de modo que tienen derecho a ser reconocidas como personas jurídicas en igualdad de condiciones que los demás y en todos los aspectos de la vida,



debiendo el Estado proporcionar la accesibilidad y el apoyo que puedan necesitar para dicho ejercicio.

Conforme a lo anterior, en la legislación española encontramos distintas leyes al respecto:

- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil: el único motivo por el que un paciente puede ser ingresado en el hospital de forma involuntaria, viene descrito en el artículo 763 de esta ley. Solo se podrá proceder a un ingreso involuntario por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma y siempre que haya una autorización judicial previa salvo por razones de urgencia. Se realizará un seguimiento del paciente para verificar que sigue cumpliendo las condiciones del ingreso.
- 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: es de las leyes más relevantes. Con esta Ley, a través del consentimiento informado, se protege el principio de autonomía del paciente, toda actuación en el ámbito sanitario requiere consentimiento previo, libre y voluntario tras informar adecuadamente, pudiendo otorgarse por representación legal solo en determinadas circunstancias. Siempre que sea posible, el paciente participará en la toma de decisiones sobre su proceso, ofreciéndose medidas de apoyo en caso de discapacidad.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: esta Ley se basa, entre otros, en el artículo 43 de la Constitución española, que reconoce el derecho a la protección de la salud. A pesar de que delega en las comunidades autónomas los distintos niveles de atención, sienta las bases de las prestaciones sanitarias. Incluye la atención sociosanitaria, donde entran los cuidados sanitarios de larga duración, garantizando los servicios sanitarios y sociales a través de la coordinación de las administraciones públicas correspondientes. También garantiza la información sobre los derechos y deberes de los ciudadanos.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia: esta ley regula «las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia». Entiende la autonomía como «la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria». Las personas en situación de dependencia tienen derecho a disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social: busca garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de dere-



chos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación.

- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica: esta ley elimina la incapacitación judicial que implicaba la imposibilidad de una persona para tomar decisiones, desapareciendo la figura de la tutela, estableciendo medidas de apoyo (voluntarias y judiciales) para ejercer la capacidad jurídica en condiciones de igualdad para las personas con discapacidad.

Normativa de la comunidad autónoma de Canarias:

- Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias: esta Ley establece la ordenación y la actuación sanitaria en la comunidad autónoma. Establece los derechos y deberes de los pacientes, entre los que se hallan el respeto a la libre decisión sobre la atención sanitaria, previo consentimiento informado. Garantiza que la administración ofrezca a los ciudadanos la información suficiente, adecuada y comprensible, establece las pautas para la creación del Plan de Salud de Canarias y la organización de la estructura pública sanitaria, siendo una de sus funciones la atención sociosanitaria, especialmente a los enfermos crónicos, en coordinación con los servicios sociales.
- Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida: su objetivo es regular los derechos de la persona en el proceso final de la vida, de forma que se garantice su autonomía y el respeto a su voluntad durante el proceso. El paciente que esté en esta situación tendrá derecho a la información asistencial, a la toma de decisiones de forma libre y al consentimiento informado. Así mismo, los profesionales sanitarios deberán garantizar el derecho a la información, el respeto sobre las decisiones clínicas del paciente y sobre la manifestación anticipada de voluntad. Además, las instituciones sanitarias deberán garantizar los derechos de los pacientes.
- Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias: esta Ley tiene por objeto configurar el sistema público de servicios sociales para potenciar la autonomía y la calidad de vida de las personas. Entre otros, los objetivos del sistema público de servicios sociales son promover la autonomía personal, familiar y de los grupos, prevenir, detectar y atender las situaciones de vulnerabilidad social, las necesidades derivadas de la dependencia con el objetivo de promover la autonomía de las persona, las situaciones de desprotección de las personas mayores y garantizar el ejercicio de la capacidad de las personas en situación de vulnerabilidad cuando su capacidad ha sido modificada judicialmente.



- Orden de 28 de febrero de 2022, por la que se regula el régimen de derivación a plazas sociosanitarias de tránsito de personas que, en situación de alta médica, ocupan plazas sanitarias: esta orden nace de la necesidad de desocupar camas hospitalarias y derivar a esos pacientes a centros sociosanitarios hasta que obtengan su plaza definitiva, ya que no pueden retornar a su domicilio habitual, para evitar el colapso de los hospitales.

## 2. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Respecto a los resultados obtenidos en la búsqueda de bibliografía, tanto en España como en el extranjero, que incluyen los aspectos bioéticos a estudio y que aporten experiencias sobre medidas implementadas en los pacientes de alta administrativa, su resultado ha sido muy pobre.

Se han encontrado 24 referencias en revistas relacionadas, de las que en su mayoría se habla de la capacidad de toma de decisiones en las diferentes patologías propias de los pacientes que se encuentran de alta administrativa y su relación con la vulnerabilidad y la autonomía de los mismos. En cuanto a los resultados obtenidos sobre pacientes que necesitan cuidados de larga estancia, las referencias se enfocan en el cuidado de los adultos mayores.

Uno de los conflictos éticos a estudio en este tipo de pacientes es la *vulnerabilidad*. Macpherson (2019) analiza el concepto desde el ámbito sanitario y propone una visión de la misma relacionada con la dependencia y la autonomía desde la ética del cuidado. A su vez, Lewis, J. (2021), que refiere que en la práctica clínica la vulnerabilidad suele concebirse como opuesta a la autonomía, por lo que esta se vulnera habitualmente. Buedo (2021) comparte también esta relación entre la autonomía y la vulnerabilidad en el sistema de salud, centrándose en los pacientes de salud mental y proponiendo medidas para la mejora de la comunicación para la toma de decisiones.

Respecto a la *autonomía* del paciente, Gulbrandsen (2016) definía la autonomía como el derecho moral de los pacientes a la autodeterminación. Seedsman (2019) se centra en prestar atención crítica a la relación entre las «buenas prácticas de salud» y el consentimiento informado, la autonomía y el paternalismo. McKillip (2019) establece que los profesionales de la salud tienen la obligación de promover la atención que sea en el mejor interés del paciente y también de respetar su autonomía, y de defender los valores inherentes del paciente. Así mismo, Díaz del Pino (2021) argumenta que la autonomía debería ser la ayuda al paciente para asumir un papel proactivo sobre su enfermedad y los tratamientos que recibe, para que elijan libremente y de forma informada, por lo que la ética médica se debe alejar del paternalismo y de solo ver la enfermedad y no al enfermo.

Desde la *perspectiva del personal sanitario*, Griffith (2013) aboga por un cambio en el cuidado del paciente centrado en la información al mismo para que, desde sus preferencias, haya una toma de decisiones compartida, lejos de la actitud paternalista por parte del personal. Tak (2019), sostiene la necesidad de que haya un personal cualificado para el cuidado de los pacientes ingresados en centros de



larga estancia. Además, aparecen en nuestra búsqueda referencias sobre el uso de sujeciones mecánicas por parte del personal sanitario como medida de prevención y protección para los pacientes y el delicado equilibrio entre su uso y el respeto a la autonomía. Sims-Gould (2014) ya hablaba del uso de estos protectores y del rechazo de los mismos por parte de los pacientes y su influencia en el respeto a las decisiones tomadas por los individuos en su cuidado personal, y también los nombra Seedsman (2019), ya que un cuidado centrado en el paciente debe estar libre de restricciones para preservar los derechos humanos de la persona.

Encontramos referencias que ofrecen la *experiencia en primera persona de los pacientes*, por un lado, tenemos el artículo de Siebinga (2022), en el que los pacientes en general dan gran importancia a la toma de decisiones conjunta entre el profesional y el paciente, viendo sus opiniones valoradas por el profesional sanitario sin forzar o imponer tratamientos o pautas independientemente de sus necesidades. Por otro lado, hay diferentes estudios sobre la percepción que tienen los pacientes que se encuentran institucionalizados en centros de larga estancia: Carretta (2010) destaca la vulnerabilidad del paciente institucionalizado y su necesidad de ser reconocido y valorado, siendo necesario fomentar maneras de demostrar su propia autonomía, Rhynas (2018) habla sobre el proceso de decisión de institucionalizar a un paciente geriátrico, el cual solo puede llevarse a cabo conjuntamente con la familia, el profesional sanitario y el propio paciente, para asegurar una transición lo menos traumática posible para todas las partes implicadas, Andrade Reis (2019) expone que no solo hay que tratar las necesidades fisiológicas de los pacientes institucionalizados, sino sus necesidades de autorrealización y reconocimiento, su sentido de estar en el mundo más allá de ser meros objetos, y finalmente O'Neill (2020) muestra la percepción del paciente geriátrico institucionalizado y cómo se siente a merced del profesional sanitario, por lo que se hace necesario un cambio en la visión del estereotipo del «anciano incapaz» para mejorar su calidad de vida.

Sobre la *capacidad de toma de decisiones*, todos los estudios al respecto se relacionan con la preocupación hacia el respeto de la autonomía del paciente y de cómo las distintas patologías pueden influir negativamente en la capacidad del mismo para la toma de decisiones respecto a su situación de salud. Bonfils (2015) da gran importancia a la toma de decisiones autónoma, o el control que una persona desea en sus opciones de tratamiento en base a sus preferencias, y evalúa el Índice de Preferencia de Autonomía en enfermos mentales. Gulbrandsen (2016) introduce el concepto de confianza en el profesional sanitario para una correcta toma de decisiones y establece unos límites en cuanto a la información que debe recibir el paciente. McCormick (2017) reconoce la importancia del cuidado centrado en el paciente, y habla de la toma de decisiones como un proceso complejo que implica habilidades cognitivas y lingüísticas y propone soluciones para aquellos pacientes que sufren afasia tras un problema neurológico. Wasserman (2018) establece las diferencias entre la capacidad de tomar decisiones y la capacidad para tener preferencias en los tratamientos, dándoles un valor moral a estas últimas. McKillip (2019) desarrolla los desafíos a los que se enfrentan los profesionales sanitarios en paliativos en el proceso de toma de decisiones de los pacientes. Seedsman (2019) también defiende la importancia del consentimiento informado para garantizar la toma de decisiones del paciente





desde el respeto a su autonomía. Ladin (2022) propone entrevistas dirigidas para facilitar la toma de decisiones en pacientes con insuficiencia renal. Amaral (2022) habla sobre las características y los retos de la valoración de la toma de decisiones y de cómo la implicación del paciente adulto mayor mejora su calidad de vida. Finalmente, Sugawara (2023) también da una gran importancia a la necesidad de que los psiquiatras evalúen la capacidad individual de toma de decisiones y aumentar la implicación de sus pacientes adultos mayores con enfermedad mental en el proceso de tratamiento.

Por último, en nuestra búsqueda aparecen algunos estudios en cuanto a *calidad de vida* de los pacientes institucionalizados se refiere. Fernandez-Mayoralas (2015) defiende la actividad de ocio entre los institucionalizados adultos mayores, considerando sus características sociodemográficas y condiciones objetivas y subjetivas en relación con su calidad de vida y cómo mejoran las capacidades cognitivas y sus capacidades funcionales y la necesidad de conexiones familiares y sociales. Antunes de Araújo (2015) analiza cómo el abandono de los mayores institucionalizados supone un aumento de la prevalencia de la depresión y otras comorbilidades y una disminución en su percepción de la calidad de vida. Este estudio de Brasil presenta una situación similar a la de los centros españoles, donde los ingresos se producen en centros tanto públicos como privados. Lopes de Alcântara (2019) da énfasis a la atención individualizada y humanizada, basada en el conocimiento del perfil de los ancianos institucionalizados, promoviendo una vida digna durante el envejecimiento, mejorando así su bienestar y calidad de vida.

## DISCUSIÓN

En esta discusión se tendrá en cuenta un esquema similar al utilizado en la introducción de este trabajo para debatir los distintos resultados encontrados al respecto.

En cuanto a las *altas administrativas* cabe destacar que, pese a ser un problema socioeconómico de gran importancia y que afecta directamente a aspectos éticos relevantes en este tipo de pacientes, no se encuentra ninguna referencia bibliográfica en España ni en otros países.

A pesar de que no hay referencias sobre las altas administrativas, sí que se han hallado estudios sobre pacientes en situaciones similares que se encuentran institucionalizados en centros de cuidados a largo plazo que comparten características en cuanto a las patologías que dan lugar a la necesidad de este tipo de cuidados.

Aunque no se han encontrado estudios sobre altas administrativas, sí que existe legislación al respecto en España. La Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social incide en que se deberá atender a las necesidades básicas de aquellas personas con discapacidad que se encuentren en una situación de especial vulnerabilidad, como en los casos en que carezcan de hogar o familia, o cuando existan graves problemas para garantizar una adecuada convivencia familiar.



Asimismo, en la comunidad autónoma de Canarias (Orden de 28 de febrero de 2022), cuya única finalidad es la de desocupar camas hospitalarias y derivar a esos pacientes a centros sociosanitarios hasta que obtengan su plaza definitiva, ya que no pueden retornar a su domicilio habitual. En estos casos será preciso el consentimiento expreso del paciente o su representante para su traslado. En el caso de que el paciente padeciera enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que le impidieran gobernarse por sí mismo se procederá al inicio de un proceso para la adopción de medidas judiciales de apoyo a personas con discapacidad, que podrá realizarse de oficio si fuera necesario.

Respecto a la *vulnerabilidad*, destacan los planteamientos de O'Neill (2019), Macpherson (2019), Lewis (2021) y Buedo (2021), en los que el concepto se define como la situación de los individuos o grupos que están expuestos a padecer daño debido a su incapacidad de proteger sus propios intereses, basándose en la fragilidad propia al ser humano y de cómo los cambios en la salud, las circunstancias sociales, la enfermedad y vivir solo conllevan una mayor vulnerabilidad y son predictores del traslado a un centro de larga estancia. Por tanto, en el ámbito sanitario las decisiones que se toman sobre el paciente se relacionan con su situación de vulnerabilidad, lo que se suele considerar opuesto a la autonomía, asociándose de forma negativa a la dependencia. Esta es la situación a la que se enfrentan con gran frecuencia muchos de los pacientes que se encuentran ingresados de alta administrativa. Debemos ser muy conscientes de ello y en ese sentido, lejos de esto, los autores proponen que el ser humano es un ser social que necesita de un entramado de relaciones y vínculos afectivos de apoyo de los cuales depende, de tal forma que la vulnerabilidad conlleva un equilibrio entre la dependencia de las personas de nuestro entorno y la autonomía propia de la persona. Así pues, si se considera incompatible la vulnerabilidad con la autonomía y la capacidad de toma de decisiones, las intervenciones recibidas por el paciente en función de un interés superior pueden socavar aún más su autonomía y empeorar su vulnerabilidad general.

Además, Carretta (2013) ofrece una visión en primera persona del paciente y de cómo su sensación de vulnerabilidad aumenta al convivir con el paternalismo profesional y toman conciencia de su autonomía relativa y de cómo su condición de vulnerabilidad por su fragilidad o su discapacidad es un factor limitante de su autonomía durante la hospitalización. La vulnerabilidad es exteriorizada por el paciente cuando vive el proceso de hospitalización, porque durante ese período vive una experiencia única, que puede conducir a una ruptura en la relación entre los seres humanos y su entorno.

Es más, el personal sanitario está obligado a cumplir con nuestra legislación vigente respecto a la vulnerabilidad, donde el Código Penal prevé penas de prisión y multas para aquellos que infrinjan un daño o coarten la libertad a una persona en situación de vulnerabilidad por enfermedad o discapacidad, incluyendo aquellas que se encuentran sometidas a custodia o guarda en un centro sanitario, ya sea público o privado.

Sobre el respeto a la *autonomía* del paciente hablan la mayoría de los autores.

Los pacientes que viven en instituciones o centros de larga estancia sufren una pérdida progresiva de autonomía e independencia, sufren por el cambio a un



nuevo modo de vida que implica un aumento de la angustia, ya que están sometidos continuamente a experiencias que, en lugar de reducir existencialmente esa angustia, la potencian todo el tiempo. Todo ello provoca en los pacientes sentimientos de soledad, nostalgia e incertidumbre (Andrade-Reis, 2019).

Teniendo en cuenta lo anterior, la mayoría de los estudios apuntan a la necesidad de una autonomía relacional, bien entre el paciente y el personal sanitario o bien entre el mismo y su familia para garantizar que se tengan en cuenta sus opiniones, decisiones y preferencias, especialmente en aquellos que por su enfermedad se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad.

Carreta (2013) hace hincapié en cómo los modelos estandarizados de los cuidados en los hospitales conllevan una pérdida de autonomía del paciente mayor y además hay una actitud paternalista por parte del personal sanitario. De modo que se hace imprescindible que los pacientes puedan discutir con el profesional las prácticas y relaciones de su cuidado y que, a su vez, los profesionales hagan todo lo posible por conservar la autonomía del paciente, aun cuando tenga sus capacidades disminuidas, para que pueda actuar libremente de acuerdo con un plan propio. En esta misma línea, Gulbrandsen (2016) subraya que la autonomía no es solo un estado individual, sino también relacional, existiendo un equilibrio entre la confianza en el profesional y el poder de tomar las decisiones, basado en la relación entre ambos. También Pinheiro (2017) añade que, para que los adultos mayores tengan calidad de vida, es necesario que se respeten sus valores culturales, así como las experiencias vividas a lo largo del tiempo, asegurando así su autonomía, en la medida en que sus limitaciones lo permitan, para lo que la relación entre paciente y profesional es necesaria. También Seedsman (2019) considera la autonomía como una combinación dinámica de independencia, interdependencia y dependencia y aplica el concepto de 'autonomía relacional' para fomentar un intento de comprender las necesidades y los deseos de los pacientes. Además, McKillip (2019) habla de cómo la autonomía conlleva una atención que debe implicar una verdadera relación para conocer y escuchar a los pacientes en sus propios términos. Por último, Díaz del Pino (2021) añade que la autonomía consiste en ayudar al paciente a asumir un papel proactivo en lo referente a su enfermedad y a los tratamientos que recibe, a fin de que los elijan libremente en lugar de someterse a ellos, por lo que es preciso ayudar tanto a comprender lo que le ocurre como a asumir su nueva condición con una actitud más activa, que le permite afirmar y expresar toda la potencia de la que aún es capaz. Solo así el enfermo podrá conquistar su autonomía.

La legislación, tanto internacional como nacional y autonómica, apoya lo que expresan los anteriores autores sobre la autonomía del paciente.

A nivel internacional la autonomía de los individuos y el respeto hacia sus decisiones es un valor que la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea protege en sus distintos artículos.

En nuestra legislación nacional contamos con un pilar básico que es la Ley 41/2002, que, a través del consentimiento informado, protege el principio de autonomía del paciente y regula cómo llevarlo a cabo. De este modo el paciente puede decidir libremente entre las distintas opciones y negarse, si así lo desea, a un tratamiento determinado, salvo los casos determinados por la ley.



También existen referencias a la autonomía en la legislación autonómica en la Orden de 28 de febrero de 2005, donde se aprueba la Carta de los Derechos y de los Deberes de los Pacientes y Usuarios Sanitarios y se regula su difusión, que establece el derecho a la información completa y continuada sobre su proceso, en términos comprensibles para el paciente, y, en su caso, a sus familiares o personas legalmente responsables, y al respeto de la voluntad de no ser informado.

La *capacidad de toma de decisiones* está íntimamente relacionada con el concepto de respeto a la autonomía. La mayoría de las referencias proponen una toma de decisiones compartida desde la autonomía relacional entre el profesional y el paciente y/o su familia. Se fomenta integrar al paciente en la toma de decisiones aun cuando este no tenga plenas facultades para ello, buscando estrategias que lo faciliten.

Carretta (2013) afirma que no se suele tener en cuenta las opiniones de los pacientes mayores institucionalizados, las cuales son tomadas de forma unilateral por parte del personal sanitario, a pesar de que los pacientes consideran que sí están capacitados. Los pacientes a estudio también señalaron una deshumanización en el trato a la hora de tomar decisiones. Los profesionales suelen poner en duda la capacidad de los pacientes, que, sin otra opción, deben aceptar las reglas y la disciplina. Es fundamental favorecer la autonomía del paciente y no caer en un trato paternalista.

Antunes de Araújo (2016) nos habla de la importancia en la mejora de la calidad de vida de los pacientes mayores institucionalizados cuando se implican en la toma de decisiones respecto a las estrategias de mantenimiento de la salud. Gulbrandsen (2016) da una gran importancia a la forma en que se da la información al paciente para que tome una decisión sobre la salud, que debe explicarse claramente y verificar activamente la comprensión. La relación entre profesional y paciente debe fomentar la autonomía para que la toma de decisiones compartida se convierta en el objetivo principal.

Rhynas (2017) expone casos en primera persona sobre cómo no se tienen en cuenta los deseos de las personas que no tienen capacidad para tomar decisiones, incluso cuando su familia los expresa por ellos y, en cambio, sí se tienen en cuenta sus deseos en aquellos que tienen la capacidad. McCormick (2017) asume que una persona con sus capacidades mentales conservadas es capaz de tomar una decisión, pero que sin embargo el proceso es complejo, involucra múltiples habilidades cognitivas, y en su estudio propone que para la toma de decisiones se haga una evaluación de la capacidad y que se desarrolle un plan de estudios para que los profesionales mejoren sus habilidades.

Wasserman (2018) realiza un estudio muy interesante donde establece que la autonomía debe fundamentarse en los valores de la libertad y el respeto a las personas y las consecuencias importantes que ello tiene para las decisiones en los tratamientos de salud que involucran a estos pacientes vulnerables. Proponen centrarse en la diferencia entre dos tipos de capacidad del paciente: la capacidad de decisión y lo que llama «capacidad de preferencias», pues considera que una persona, aunque haya perdido la capacidad de decidir continúa teniendo una serie de preferencias que deben tener valor a la hora de contar con el paciente para las decisiones de salud.

Para Seedsman (2019), el consentimiento informado respalda el concepto filosófico de la atención centrada en la persona, que permite que el paciente mayor



desempeñe un papel importante en la toma de decisiones en contraste con el modelo tradicional dirigido por el médico. McKillip (2019) desarrolla los desafíos comunes a los que se enfrenta el médico a la hora de exponer la información de forma clara cuando hay barreras en la toma de decisiones y en la planificación de cuidados, fomentando también la toma de decisiones compartida desde el diálogo con el paciente y su familia. Van Leersum (2019) también propone el proceso de toma de decisiones como una atención centrada en el paciente, para que estas se adapten a su cuidado y su estilo de vida. Define que la construcción de preferencias varía en función del contexto social del paciente y eso influye en sus decisiones para sus cuidados a largo plazo.

En cuanto a O'Neill (2020), la toma de decisiones mantiene la identidad y las conexiones sociales y no estar involucrado en el proceso supone un aumento de la ansiedad y del miedo, por lo que el traslado a un centro de larga estancia propone que sea siempre autorizado por el paciente. Buedo (2021) también propone una toma de decisiones compartida, ya que los pacientes tienen un mejor conocimiento de su situación, les genera confianza y su participación mejora la adherencia al tratamiento y su satisfacción general. Considerar la ayuda de otros en la toma de decisiones abre la puerta a mejorar el ejercicio de la autonomía del paciente. Sugawara (2023) evalúa la capacidad para tomar decisiones con la escala MacCAT-T en pacientes con enfermedad mental y considera que todos los pacientes tienen derecho a tomar decisiones sobre su tratamiento y que en el caso de no superar la escala deben ser protegidos de potenciales daños en sus elecciones, siendo los psiquiatras quienes deben velar por los derechos humanos del paciente. Por último, Ladín (2023) propone una entrevista dirigida para mejorar la capacidad de toma de decisiones, en el paciente con enfermedad renal crónica, de modo que esta sea más efectiva. Los pacientes que la usaron durante su estudio tuvieron mejores resultados que los que estaban en el grupo de control.

Acerca de la legislación vigente, el derecho a la toma de decisiones también está reflejado en la Ley 41/2002, de la que ya hemos hablado en la discusión de la autonomía.

Una de las leyes más importantes al respecto de la toma de decisiones es la Ley 8/2021, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. En esta ley destaca el hecho de que se elimina la figura de la incapacitación judicial, que implicaba la imposibilidad para una persona de tomar decisiones. Desaparece así la figura de la tutela y se establecen importantes medidas de apoyo para ejercer la capacidad jurídica en condiciones de igualdad. Estas medidas de apoyo pueden ser:

#### INFORMALES

- Medidas de apoyo de naturaleza voluntaria, que son establecidas por la persona con discapacidad y esta designa a la persona que debe prestarle apoyo y su alcance.



- La guarda de hecho: es una medida informal de apoyo que puede existir cuando no haya medidas voluntarias o judiciales que se estén aplicando eficazmente.

## MEDIDAS JUDICIALES

- La figura del defensor judicial: es una medida formal de apoyo que tendrá lugar cuando la necesidad de apoyo se precise de forma ocasional, aunque sea recurrente.
- La figura de la curatela: es una medida formal de apoyo para quienes necesiten el apoyo de forma continuada. Puede ser asistencial o representativa, esta última tiene un carácter excepcional, pues supone la sustitución de la persona con discapacidad en los actos concretos que determine la resolución judicial.

Los términos *discapacidad* o *dependencia* no aparecen con tanta frecuencia en las referencias a estudio. Por norma general, sufrir algún tipo de discapacidad aumenta las probabilidades de ingresar en un centro de larga estancia.

Carreta (2013) defiende las terapias para la mejora del déficit cognitivo y funcional en las personas con discapacidad por una enfermedad mental, mejorando así su autonomía. Según Fernández-Mayoralas (2015), aquellos pacientes con problemas de salud mental, altos niveles de depresión y deterioro cognitivo tienen mayor probabilidad de desarrollar una discapacidad. Van Leersum (2019) dispone que los pacientes con enfermedades de salud mental, enfermedades crónicas o algún tipo de discapacidad que limite su capacidad de cuidarse por sí mismos tienen una mayor predisposición a recibir atención a largo plazo. Amaral (2022) apoya el estudio anterior, donde también refiere que la discapacidad implica una dependencia de otras personas o de un centro de larga estancia. Por último, Seedsman (2019) pide evitar suposiciones tales como que todas las personas mayores son generalmente frágiles, discapacitadas y que muestran signos de disminución de la capacidad cognitiva. A esto se une Buedo (2021), considerando que la discapacidad por una enfermedad mental puede ser algo transitorio y que, por tanto, se debe valorar constantemente para no menoscabar la autonomía y la capacidad de decisión de los pacientes.

En el caso de las personas con discapacidad, la legislación internacional, nacional y autonómica las protegen ampliamente.

A nivel nacional destaca la Ley 41/2002, ya que ofrece medidas de apoyo para favorecer que las personas con discapacidad puedan prestar por sí mismas su consentimiento. A su vez, la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia establece las prestaciones a la dependencia, las condiciones básicas que garanticen la igualdad, la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia de forma que las personas con discapacidad puedan vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, promoviendo su autonomía y mejorando su calidad de vida. También destaca la Ley 8/202 ya nombrada durante la discusión de la toma de decisiones.



Como se puede ver, en base a esta legislación para la protección de las personas con discapacidad, existen muchas medidas para promover la autonomía en este tipo de pacientes.

## CONCLUSIONES

Es necesario un mayor estudio, ya que es una situación creciente en nuestro país con un gran impacto socioeconómico.

El envejecimiento potencial de la población mundial hace necesario iniciar un gran esfuerzo colectivo para la promoción de los derechos humanos específicos de los pacientes que se encuentran en estas situaciones y para las futuras generaciones.

El concepto de atención a largo plazo supone un desafío que debe incluir una gama de servicios de apoyo de atención hacia las personas mayores, con enfermedades crónicas o discapacidad dentro del marco social, económico, político y médico para promover la autonomía, el cuidado y los servicios relacionados.

Aunque actualmente existe legislación en nuestro país que hace referencia a los pacientes en situación de vulnerabilidad, se debe seguir trabajando para que se garantice que las personas con o en riesgo de pérdida de capacidad puedan disfrutar plenamente de la libertad y sentirse seguros y protegidos, incentivando nuevos modelos de cuidado de atención centrada en el paciente, desde la búsqueda de toma de decisiones compartida, para que puedan mantener sus derechos básicos, libertades fundamentales y dignidad humana.

RECIBIDO: 19-06-2023; ACEPTADO: 15-08-2023



## BIBLIOGRAFÍA

- AMARAL, A.S., SIMÕES, M.R., FREITAS, S. *et al.* (2022). Healthcare decision-making capacity in old age: A qualitative study. *Front Psychol*, 13, 1-14.
- AMBROSIO, L. (2019). Atención de enfermería a la persona con deterioro de la comunicación. *Depósito académico digital Universidad de Navarra*. <https://hdl.handle.net/10171/58512>.
- ANDRADE REIS, C.C., OLIVA MENEZES, T. de M., DA SILVA FREITAS, A.V. *et al.* (2019). Being an institutionalized elderly person: meaning of experiences based on Heidegger's phenomenology. *Rev Bras Enferm*, 72(6), 1632-1638.
- ANTUNES DE ARAÚJO, A., SILVEIRA, R.A., SOUZA DE MENESES, M.S. *et al.* (2016). Quality of Life, Family Support, and Comorbidities in Institutionalized Elders With and Without Symptoms of Depression. *Psychiatr Q*, 87(2), 281-291.
- ARCOS-GARCÍA, C., RUBIO-HERNÁNDEZ, A. y NIETO-ALCÁZAR, R. (2016). La comunicación con el familiar del paciente dependiente. Actuación de enfermería. *Rev esp comun salud*, 7(2), 324-330.
- ARELLANO, M., GARRETA, M. y CERVERA, A.M. (2006). Negligencia, abuso y maltrato. En Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). *Tratado para residentes*. IM&C. [https://www.segg.es/tratadogeriatria/pdf/s35-05%2000\\_primeras.pdf](https://www.segg.es/tratadogeriatria/pdf/s35-05%2000_primeras.pdf).
- BEAUCHAMP, T.L. y CHILDRESS, J.F. (1994). *Principles of biomedical ethics*. Edicoes Loyola.
- BELLO CARRASCO, L., LEÓN ZAMBRANO, G. y COVENA BRAVO, M. (2019). Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado. *Rev Cient Univ Cienfuegos*, 11(5), 385-395.
- BUEDO, P. y LUNA, F. (2021). Shared decision making in mental health: a novel approach. *Med Ética*, 32(4), 1111-1133.
- BONFILS, K.A., ADAMS, E.L., MUESER, K.T. *et al.* (2015). Factor Structure of the Autonomy Preference Index in People with Severe Mental Illness. *Psychiatry Res*, 228(3), 526-530.
- BRIZ GARRIDO, P., GUTIÉRREZ MARTÍ, M., TAPIA LÓPEZ, S. y ZABALA BLANCO, J. (1998). El abandono en el hospital: un problema real. *Cuadernos de Bioética*, 4, 705-709.
- CAMACHO, F., LÓPEZ-SORIANO, F. y MARTÍNEZ, R. (2020). Mapa de conflictos éticos en la hospitalización de pacientes crónicos. *Cuadernos de Bioética*, 31(103), 367-375.
- CAMPO, S. del y RODRÍGUEZ-BRIOSO, M. (2002). La gran transformación de la familia española durante la segunda mitad del siglo xx. *Reis: Rev Esp Invest Sociol*, 100, 103-165.
- CÁRDENAS-PAREDES, D. (2022). Síndrome de sobrecarga y calidad de vida del cuidador de pacientes con discapacidad en el primer nivel de atención. *Polo del Conocimiento*, 7(1), 702-717.
- CARRETTA, M.B., BETTINELLI, L.A., ERDMANN, A.L. *et al.* (2013). Understanding the meaning of old human beings living their autonomy in hospitalization. *Rev Rene*, 14(2), 131-140.
- COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA (CBE). (2020). Informe de Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación. <http://assets.comite-debioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20final%20vida%20y%20la%20atencion%20en%20el%20proceso%20de%20morir.pdf>.
- CUESTA, C. de la (2007). El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Invest Educ Enferm*, 25(1), 106-112.





- DÍAZ DEL PINO, D. (2021). Ética de Spinoza: hacia una mayor autonomía del paciente. *Rev Esp Comun Salud*, 12(1), 106-110.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., ROJO-PÉREZ, F., MARTÍNEZ-MARTÍN, P. *et al.* (2015). Active aging and quality of life: factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older adults, with and without dementia. *Aging & Mental Health*, 19(11), 1031-1041.
- GOBIERNO DE CANARIAS (2022). Sanidad y Derechos Sociales establecen la derivación a plazas socio-sanitarias de personas con alta médica. *ComuniCAN portal de noticias*. <https://www3.gobier-nodecanarias.org/noticias/sanidad-y-derechos-sociales-establecen-la-derivacion-a-plazas-soc-sanitarias-de-personas-con-alta-medica/>.
- GRIFFITH, R. y TENGA, C. (2013). Shared decision-making: nurses must respect autonomy over paternalism. *Br J Community Nurs*, 18(6), 303-306.
- GULBRANDSEN, P., CLAYMAN, M.L., BEACH, M.C. *et al.* (2016). Shared decision-making as an existential journey: Aiming for restored autonomous capacity. *Patient Ed Counseling*, 99, 1505-1510.
- IMSERSO (2005). Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España. *Instituto de Mayores y Servicios Sociales*. <https://imserso.es/documents/20123/133745/libro-blanco.pdf/77b5f39f-5e13-6de9-88ed-fd5e0b2b1386>.
- INSTITUTO DE POLÍTICA FAMILIAR (2021). Informe de la Evolución de la Familia en España. <http://www.ipfe.org/Espa%C3%B1a/>.
- LADIN, K., TIGHIOUART, H., BRONZI, O. *et al.* (2023). Effectiveness of an Intervention to Improve Decision Making for Older Patients With Advanced Chronic Kidney Disease. A Randomized Controlled Trial. *Ann Intern Med*, 176(1), 29-38.
- LEWIS, J. (2021). Capturing and Promoting the Autonomy of Capacious Vulnerable Adults. *J Med Ethics*, 47(12), 1-7.
- LEWIS, J. (2021). Safeguarding Vulnerable Autonomy? Situational Vulnerability, the Inherent Jurisdiction, and Insights from Feminist Philosophy. *Med Law Rev*, 29(2), 306-336.
- LLAURADÓ SANZ, G. (2013). La autonomía del paciente y la responsabilidad del personal de enfermería. *ENE Rev enf*, 7(1), 1-5.
- LOPES DE ALCÁNTARA, R.K., SILVA NUNES, M.L., CAVALCANTE FERNANDES, B.K. *et al.* (2019) Socio-graphic and health profile of institutionalized elderly people. *J Nurs UFPE*, 13(3), 674-679.
- MACPHERSON, I. y ROQUE-SÁNCHEZ, M.V. (2019). Análisis ético del principio de vulnerabilidad sanitaria. *Cuadernos de Bioética*, 30(100), 253-262.
- MARTÍNEZ PIZARRO, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Rev Clin Med Fam*, 13(1), 97-100.
- MCCORMICK, M., BOSE, A. y MARINIS, T. (2017). Decision-making capacity in aphasia: SLT's contribution in England. *Aphasiology*, 31(11), 1344-1358.
- McKILLIP, K.M., LOTT, A.D. y SWETZ, K. M. Respecting Autonomy and Promoting the Patient's Good in the Setting of Serious Terminal and Concurrent Mental Illness. *Yale J Biol Med*, 92(4), 597-602.
- OMS (2010). CIF. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf).
- O'NEILL, M., RYAN, A., TRACEY, A. y LAIRD, L. (2020). «You're at their mercy»: Older peoples' experiences of moving from home to a care home: A grounded theory study. *Int J Older People Nurs*, 15(2), 1-14.



- ORDEN de 23 de abril de 2014, conjunta de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Cultura, Deportes, Políticas Sociales y Vivienda, por la que se regula el régimen de derivación de personas que, ocupando plazas hospitalarias y habiendo obtenido el alta médica, precisen de atención sociosanitaria, así como el régimen de conciertos con entidades privadas para la provisión de plazas de centros acreditados en el ámbito de la dependencia. *BOC*, 24 de abril de 2014. <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2014/079/index.html>.
- PINHEIRO, C.A., OLIVEIRA, F.N. de, SOUSA, V. de *et al.* (2017). Meanings attributed by health professionals to the aging process of institutionalized elderly people. *Rev Rene*, 18(5), 639-646.
- PUIG VELA, J., ADELL APARICIO, M., PRAT MARÍN, A. y OROMÍ DURICH, J. (2000). El envejecimiento poblacional como problema sanitario. *Med Integral*, 36(5), 190-198.
- QUINCHE SUQUILANDIA, A. y RÍOS ELIZALDE, A. (2017). Relación del síndrome del cuidador con la funcionalidad familiar de personas con discapacidad. *INSPIPILIP Rev Ecuat Cienc Tecnol Innov Sal Publ*, 1(1), 1-22.
- RHYNAS, S.J., GARCIA GARRIDO, A., BURTON, J.K. *et al.* (2018). New care home admission following hospitalization: How do older people, do families and professionals make decisions about discharge destinations? A case study narrative analysis. *Int J Older People Nurs*, 13(3), 1-11.
- SALMERÓN ÁLVAREZ, M. y ALONSO VIGIL, P. (2006). Factores asociados a la Institucionalización de pacientes con demencia y sobrecarga del cuidador. *Rev Minist Trab Asunt Soc*, 60, 129-148.
- SEEDSMAN, T. (2019). Aging, Informed Consent and Autonomy: Ethical Issues and Challenges Surrounding Research and Long-Term Care. *OBM Geriatrics*, 3(2), 1-21.
- SIBINGA, V.Y., DRIEVER, E.M., STICHELBOU, A.M. y BRAND, P.L. (2022). Shared decision making, patient-centered communication and patient satisfaction-A cross-sectional analysis. *Patient Education and Counseling*, 105, 2145-2150.
- SIMÓN-LORDA, P. (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 28(102), 325-348.
- SIMS-GOULD, J., MCKAY, H.A., FELDMAN, F. *et al.* (2014). Autonomy, Choice, Patient-Centered Care, and Hip Protectors: The Experience of Residents and Staff in Long-Term Care. *J Appl Gerontol*, 33(6), 690-709.
- SUGAWARA, N., YASUI-FURIKURI, N. y YAMADA, S. (2022). Relationship Between Cognitive Functions and Decision-Making Capacity in Older Institutionalized Patients with Schizophrenia: A Preliminary Study. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 18, 891-897.
- TAK, Y.R., WOO, H.Y., YI, L.H. y Kim, A.R. (2019). Useful lessons for the provision of services in long-term care facilities in South Korea: operators' experiences illuminate the phenomenon of working with the elderly in the field. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 14(1), 1-12.
- VAN LEERSUM, C.M., MOSER, A., VAN STEENKISTE, B. *et al.* (2019). Getting to grips with the process of decision-making in long-term care. Descriptive cases illustrate the chaotic reality of the construction of preferences. *PLoS One*, 14(5), 1-13.
- VILLARROEL, J.F., CÁRDENAS, V.H. y MIRANDA, J.M. (2017). Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar. *Enf invest: Invest Vincul Doc Gest*, 2(1), 14-17.
- WASSERMAN, J.A. y NAVIN M.C. (2018). Capacity for Preferences. Respecting Patients with Compromised Decision-Making. *Hastings Cent Rep*, 48(3), 31-39.
- ZÚÑIGA RAMOS, A., PASQUEL BARRIOS, P.E., ZAMORA MENDOZA, E. *et al.* (2012). *Desarrollo Cientif Enferm*, 20(4), 134-139.

- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424. [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con).
- LEY 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. *BOC (Boletín Oficial de Canarias)*, 96, de 5/8/1994. *BOE (Boletín Oficial del Estado)*, 204, de 26/8/1994. <https://www.boe.es/eli/es-cn/l/1994/07/26/11/con>.
- LEY ORGÁNICA 10/1995. Código Penal. *BOE (Boletín Oficial del Estado)*, 281, de 24 de noviembre de 1995. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10/con>.
- INSTRUMENTO de ratificación de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. *BOE (Boletín Oficial del Estado)*, 96, de 21/4/1998. <https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf>.
- INSTRUMENTO de ratificación del convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. *BOE (Boletín Oficial del Estado)*, 251, de 20/10/1999. [https://www.boe.es/eli/es/ai/1997/04/04/\(1\)/dof/spa/pdf](https://www.boe.es/eli/es/ai/1997/04/04/(1)/dof/spa/pdf).
- LEY 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil. *BOE (Boletín Oficial del Estado)*, 7, de 8 de enero de 2000. <https://www.boe.es/eli/es/l/2000/01/07/1/con>.
- CARTA de derechos fundamentales de la Unión Europea, 2000. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. (2000/C 364/01). [https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_es.pdf](https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf).
- 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 (Boletín Oficial del Estado)*, 274, de 15/11/2002. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>.
- LEY 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *BOE (Boletín Oficial del Estado)*, 128, de 29/5/2003. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>.
- DECLARACIÓN UNIVERSAL de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, 2005. [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa).
- LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *BOE (Boletín Oficial del Estado)*, 299, de 15/12/2006. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>.
- REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. *BOE (Boletín Oficial del Estado)*, 289, de 23/12/2013. <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2013/11/29/1/con>.
- LEY 1/2015, de 9 de febrero, de Derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. *BOE (Boletín Oficial del Estado)*, 54, de 4 de marzo de 2015, pp. 20101 a 20116. <https://www.boe.es/eli/es-cn/l/2015/02/09/1>.
- LEY 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias. *BOE (Boletín Oficial del Estado)*, 141, de 13 de junio de 2019, pp. 61699 a 61773. <https://www.boe.es/eli/es-cn/l/2019/05/02/16>.
- LEY 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. *BOE (Boletín Oficial del Estado)*, 132, de 03/06/2021. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9233>.



ORDEN de 28 de febrero de 2022, por la que se regula el régimen de derivación a plazas sociosanitarias de tránsito de personas que, en situación de alta médica, ocupan plazas sanitarias, *BOC (Boletín Oficial de Canarias)*, 45, de 4 de marzo de 2022. <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2022/045/>.

#### PÁGINAS WEB CONSULTADAS

AGENCIA EFE (14 de febrero de 2023). Los hospitales canarios albergan a 480 mayores con alta médica. *Radio Televisión Canaria*. <https://rtvc.es/los-hospitales-canarios-albergan-a-480-mayores-con-alta-medica/>.

CONFEDERACIÓN MUNDIAL DE FISIOTERAPIA (2023) ¿Qué es la fisioterapia? <https://world.physio.es/resources/what-is-physiotherapy>.

*El Día* (28 de abril de 2021). Noemí Santana admite que las ayudas a la dependencia son «insuficientes». *El Día*. <https://www.eldia.es/canarias/2021/04/28/noemi-santana-admite-ayudas-dependencia-49824581.html>.

EPDATA (4 de mayo de 2022). *Ministerio de Asuntos Económicos*. *datos.gob.es Reutiliza la información pública*. <https://www.epdata.es/datos/listas-espera-personas-dependientes/126/espana/106>.

EPDATA (4 de mayo de 2022). *Canarias*. *Estadísticas sobre la dependencia en las comunidades*. <https://www.epdata.es/datos/listas-espera-personas-dependencia/128/canarias/293>.

GUTIÉRREZ, J.J. (23 de octubre de 2022). El abandono de ancianos en los hospitales canarios: grave problema y vergüenza social. *Diario de Avisos*. <https://diariodeavisos.elespanol.com/2022/10/abandono-ancianos-hospitales-canarios/>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (8 de agosto de 2020). Discapacidad. [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926668516&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926668516&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888).

MINISTERIO DE SANIDAD (2021). Hospitales, Camas en funcionamiento y Puestos de Hospital de Día (PHD) del Sistema Nacional de Salud (SNS), número y tasa por 1000 habitantes y número de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) según comunidad autónoma. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla22.htm>.

NACIONES UNIDAS (13 de junio de 2019). Desafíos globales: envejecimiento. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>.

OMS (10 de junio de 2022). Maltrato de las personas mayores. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>.

OMS (7 de marzo de 2023). Discapacidad. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>.

OMS (2023), Rehabilitación. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (RAE). <https://www.rae.es/>.

REDACCIÓN RTVC (23 de noviembre de 2022). Colapso en las Urgencias de los centros hospitalarios de Canarias. *Radio Televisión Canaria*. <https://rtvc.es/colapso-centros-de-urgencias-canarias/>.

SANZ, A. (22 de enero de 2023). La subida del coste de los tratamientos «se come» las ayudas a la dependencia. *La información*. <https://www.lainformacion.com/economia-negocios-y-finanzas/subida-coste-tratamientos-come-ayudas-dependencia/2879272/>.

