

MÁSTER INTERUNIVERSITARIO EN BIOÉTICA Y BIODERECHO

ESCUELA DE DOCTORADO Y ESTUDIOS DE POSGRADO DE
LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

"ANÁLISIS DE CASOS PARA CONOCER LOS ASPECTOS BIOÉTICOS QUE ENTRAN EN JUEGO EN EL MANEJO Y CUIDADO DE PACIENTES DENOMINADOS COMO ALTAS ADMINISTRATIVAS, PROBLEMAS SOCIALES O DISTOCIAS SOCIALES"



Alumno: Guacimara Martín Medina
Tutor: Emilio José Sanz Álvarez
Cotutora: Vanesa Aguilera Gómez

CURSO ACADÉMICO 2022/2023

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN.....	3
2	MARCO TEÓRICO.....	4
✓	Principales características de la sociedad actual que pueden desencadenar el abandono de pacientes vulnerables	4
✓	Términos con los que nos referimos a las personas que han sido abandonadas en los centros hospitalarios	5
✓	Principios de bioética que entran en juego a la hora de abordar los pacientes considerados como altas administrativas	7
✓	Metodología para el análisis y la resolución de casos y problemas bioéticos.....	8
✓	Las ventajas del uso de un método en la toma de decisiones.....	8
3.	CASOS DE PACIENTES DENOMINADOS COMO ALTAS ADMINISTRATIVAS.....	9
	CASO 1.....	10
	CASO 2.....	12
	CASO 3.....	13
	CASO 4.....	15
	CASO 5.....	17
4.	ANÁLISIS DE LOS CASOS.....	20
	CASO 1.....	20
	CASO 2.....	23
	CASO 3.....	26
	CASO 4.....	29
	CASO 5.....	32
5.	DISCUSIÓN DE LOS CASOS.....	35
	CASO 1.....	35
	CASO 2.....	36
	CASO 3.....	38
	CASO 4.....	39
	CASO 5.....	41
6.	DISCUSIÓN GENERAL.....	43
7.	PROPUESTAS DE MEJORA PARA ABORDAR ESTAS SITUACIONES.....	45
8.	CONCLUSIONES	47
9.	BIBLIOGRAFÍA	49

1 INTRODUCCIÓN

Para comenzar este trabajo creo que es requisito indispensable hablar sobre el término "*abandono familiar*", ya que es una de las claves para llegar a comprender el precedente a que se produzcan en el ámbito sanitario las altas administrativas.

Según la Real Academia de la lengua Española (RAE), el abandono familiar es un "delito que consiste en incumplir los deberes de asistencia que legalmente se imponen a toda persona respecto de sus familiares próximos"(1).

Haciendo alusión a Miguel Bruna, podemos decir que "*la palabra abandono puede sonar algo dura para muchos oídos*"(2). Sin embargo, hoy en día es una realidad existente en nuestra sociedad.

Según un estudio realizado en Madrid por el secretario de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), Francisco Sánchez del Corral, el abandono es uno de los principales tipos de maltrato que sufren los dependientes mayores de 65 años en España (3).

No obstante, no son solo las personas mayores de 65 años las que sufren este tipo de situaciones, sino también las personas más vulnerables, con algún tipo de discapacidad, que no pueden llevar de manera autónoma sus actividades básicas de la vida diaria.

Este delito de abandono de una persona discapacitada, actualmente, está regulado por el artículo 229 del Código Penal Español. En el citado artículo se recoge que se castigará con una pena de prisión de uno a dos años a toda aquella persona que cometa esta acción de abandono (4).

A pesar de todo lo comentado previamente, el abandono no es un hecho que se produce de manera aislada en nuestro país, sino que ocurre a diario, siendo escalofriantes muchas de las historias de los pacientes.(5-7)

Octavio Toledo, en una noticia titulada "El drama de los ancianos abandonados por sus familias en un hospital", publicada en el periódico del País el 31 de marzo del 2018, reflejo

los principales "motivos" que refieren los familiares a la hora de no poderse hacer cargo de sus familiares. "Algunos alegan que la casa en la que viven es pequeña". "Otros, que tienen mucho trabajo y nada de tiempo". "Y algunos ni siquiera se molestan en poner una excusa: directamente no responden a las llamadas del personal sanitario".(8)

De este modo, apoyándonos en la información recogida por este periodista, como en otras noticias, podemos decir que el abandono de los pacientes es una de las causas principales de las altas administrativas. Pacientes que ingresan en los hospitales por el padecimiento de una patología aguda. Tras el ingreso, mejoría o curación de la misma, los familiares no acuden a visitar al paciente o alegan no poder hacerse cargo de estos por sus situaciones socioeconómicas.(6-8)

Otra situación que también puede aparecer es que previamente al ingreso el paciente viviera solo, y no cuente con familiares. Dentro de este grupo de pacientes nos encontramos con personas mayores sin descendientes, personas que han emigrado previamente de su ciudad natal, e incluso personas que no tienen relación familiar previa con su entorno por determinados motivos.(9-11)

Hoy en día, se han denunciado muchos casos de altas administrativas ante la Fiscalía como delitos de abandono. Sin embargo, como bien comenta Octavio Toledo, "el éxito ha sido escaso". "No se puede hablar de abandono propiamente cuando las personas se encuentran atendidas en un centro hospitalario, al igual que en ocasiones tampoco se puede culpabilizar de manera directa a los familiares de estos hechos".(8)

2 MARCO TEÓRICO

✓ Principales características de la sociedad actual que pueden desencadenar el abandono de pacientes vulnerables

Vivimos en una sociedad **utilitaria**. Que antepone o prevalece la utilidad a cualquier otra cualidad. En ocasiones aparece en los familiares la idea estereotipada de que la población vulnerable ya no es útil, sino un impedimento para desempeñar ellos su vida diaria. Suponiendo para ellos un compromiso al cual no son capaces o no pueden hacerse cargo.(12,13)

Esta más extendido **el modelo de familia nuclear**. La familia nuclear se define generalmente como un grupo familiar compuesto solamente de un padre, una madre e hijos. Antiguamente se seguía un modelo "tradicional" multigeneracional, donde todos los familiares se identificaban como una unidad, y vivían de manera conjunta con el objetivo de compartir sus beneficios y cooperar. Hoy en día se puede percibir una fragmentación progresiva de la familia.(12,13)

Problemas para compatibilizar la vida familiar con la laboral. No existen leyes que amparen a los familiares y contemplen la posibilidad de compatibilizar el rol de cuidadores con el desempeño habitual de sus trabajos. Existiendo una brecha importante. Hoy en día los permisos por ingresos de un familiar son de 3 días, y la opción más utilizada son las bajas laborales por ansiedad, entendida esta como el estado de estrés que supone el tener a una persona vulnerable a cargo, y no poder gestionar la situación de manera temporal de otra forma.(12,13)

Situaciones socioeconómicas complicadas. A nivel general en España existe una crisis económica extendida. Muchos familiares necesitan para llevar a cabo el cuidado de sus familiares medios económicos bien para preparar las infraestructuras donde estos van a vivir o para contratar a personal cualificado que ayuden a satisfacer las necesidades básicas del enfermo.(12,13)

Ayudas escasas. Debido al aumento de la esperanza de vida, nos encontramos con una sociedad envejecida que realmente necesita de apoyo, tanto asistencial, como económico. No obstante, estas ayudas son limitadas, y en ocasiones llevan detrás de su consecución muchos trámites administrativos y tiempo para valorarlos.(13)

✓ **Términos con los que nos referimos a las personas que han sido abandonadas en los centros hospitalarios**

PROBLEMA SOCIAL. Según la RAE, un problema es una "cuestión discutible que hay que resolver o a la que se busca una explicación"(14); y el término social, lo podemos reflejar

como "algo que nos repercute a nivel sociedad"(15). Por tanto, cuando hacemos uso de este para referirnos a los pacientes en situación de abandono en los servicios sanitarios estamos haciendo de manera indirecta a que somos conscientes de que tenemos una cuestión que hay que resolver de manera conjunta, ya que el paciente por sí solo no dispone de los medios necesarios para hacer frente al cuidado de su salud.

DISTOCIA SOCIAL. Quizás un término algo más peyorativo, ya que suele transmitir una connotación negativa. En términos médicos se utiliza para describir una situación difícil o muy laboriosa. (16)

Otros significados que se le suelen atribuir a este término es el desajuste "de exigencias, necesidades, servicios, responsabilidades y expectativas entre una persona o grupo de personas y la sociedad donde teóricamente se ubican."(17)

Su uso es más frecuente en aquellas situaciones donde el abandono familiar se produce por situaciones conflictivas con el paciente. Entre ellas suelen ser frecuentes las situaciones de malos tratos, patologías psiquiátricas y el consumo de alcohol o drogas.(17)

ALTA ADMINISTRATIVA. Generalmente el término más utilizado, extendido, y a su vez más aceptado. Sin embargo, no existe una definición exacta.

Se entiende que una alta médica es aquella en la cual la autoridad médica competente certifica que una persona puede abandonar un centro hospitalario.(18) Esto no implica que no precise posteriormente de unos cuidados y un seguimiento médico, simplemente manifiesta que estos se pueden prestar de manera ambulatoria o en otro lugar distinto a un centro hospitalario.

De este modo y en paralelo a lo anterior se le añade la coletilla de "administrativa", ya que a pesar de presentar el paciente el alta médica, queda pendiente de trámites administrativos para solucionar su caso en concreto. Bien para solicitar ayudas o para gestionar la continuidad de sus cuidados en otro centro sociosanitario ajeno al servicio hospitalario donde se encuentra.

✓ Principios de bioética que entran en juego a la hora de abordar los pacientes considerados como altas administrativas

Normalmente entran en juego al abordar este tipo de situaciones todos los principios de la bioética, de tal forma, que nos ayudan a orientar nuestra toma de decisiones hacia lo moralmente correcto.

Hablamos de la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Estos principios de la bioética fueron acuñados en el año 1979, cuando Beauchamp y Childress, publicaron conjuntamente la 1ª edición de su libro *Principles of Biomedical Ethics*.(19)

Sin embargo, los principios de la bioética no son reglas rígidas o pensamientos meramente normativos para la solución de problemas concretos. Son solo un marco de referencia para la búsqueda de soluciones coherentes y racionales.(20)

Los podemos definir de la siguiente forma:

Autonomía. Este principio fue llamado originalmente respeto por las decisiones de las personas. Se centra en que los mejores intereses del paciente son aquellos que él interpreta como tales, aunque difieran de los objetivos de los profesionales. Por tanto, el respeto por la autonomía implica respetar las opiniones y las elecciones de las personas; y abstenerse de obstruir sus acciones a menos que estas produzcan un claro perjuicio a otros.(21,22)

Beneficencia. Este principio nos remite a atender los intereses del paciente. Considera, por tanto, la necesidad de evaluar las ventajas y desventajas, los riesgos y los beneficios de las decisiones tomadas con el objeto de maximizar el mayor bien para el paciente. (21,22)

La cara opuesta de este concepto es el paternalismo: el médico es quien decide qué es lo mejor para el paciente, con intención de beneficiarle, pero sin tener en cuenta su autonomía.

No maleficencia. Obliga a no hacer daño intencionadamente, *Primum non nocere* (lo primero no dañar). "No maleficencia" significa que todos estamos obligados a no hacerle mal a otro, especialmente a nivel físico y psicológico. Por tanto, si por cualquier circunstancia no podemos hacer el bien, al menos nuestra obligación será no hacer daño. (21,22)

Dentro de este principio es necesario destacar que se puede incumplir tanto por omisión como por comisión. A veces es necesario hacer un balance entre los riesgos y los beneficios, y ponderar las mejores acciones. De este modo, podemos afirmar que en ocasiones se hace daño para evitar daños mayores.

Justicia. Este principio hace referencia a como se reparten los recursos, desde un enfoque igualitarista, el dar a cada uno lo que necesita. Y a su vez también hace alusión a la utilización racional de los recursos y a los efectos sociales de su aplicación (al término coste/beneficio).(21–23)

✓ **Metodología para el análisis y la resolución de casos y problemas bioéticos**

Normalmente, el enfoque que se ha utilizado para analizar los problemas bioéticas es el denominado "principialismo". Pero, como bien dice Sánchez-Barroso, J. A., "la bioética de hoy ya no se conforma con la mera enunciación de unos principios".(24) Esto no quiere decir que se rechaza su validez y utilidad. Lo que se quiere decir es que ya no son suficientes el analizar cada caso de conflicto de valores, y ponderarlos. Se trata de no caer en el uso de principios abstractos y en ocasiones lejanos a la realidad, ya que no toman en consideración las circunstancias de cada caso concreto. Se busca una combinación con el razonamiento moral de las particularidades, atendiendo no solo a los principios éticos aceptados de manera universal, sino también de acuerdo a la ley.(24–26)

✓ **Las ventajas del uso de un método en la toma de decisiones**

Los métodos son herramientas que podemos utilizar de forma sistémica para ordenar todos los elementos y factores que desempeñan un papel importante en referencia a cada caso.(26)

La recogida de todos estos aspectos nos permite llevar a cabo una reflexión y nos permite establecer un orden de prioridades, y por tanto ponderar entre los posibles cursos de acción.
(25,26)

✓ **Propuesta de un método para el análisis problemas bioéticos en el manejo de los pacientes denominados como altas administrativas**

La siguiente propuesta, surge de la unificación de varios métodos que algunos autores han propuesto previamente. De tal forma que la idea es abordar de manera global cada caso concreto donde aparezcan conflictos bioéticos y morales, sin dejar de examinar de manera exhaustiva cada detalle que tiene relevancia en cada situación.

Para su ejecución, se deberían tratar los siguientes apartados:

- Conocer la historia clínica
- Identificar cuáles son los problemas éticos del caso detectados, tanto los problemas generales como los problemas específicos (pueden ser varios y estar entrelazados entre sí, es importante tratar de delimitarlos todos)
- Priorizar los problemas detectados y analizarlos con orden.
- Detectar qué factores, circunstancias, principios y argumentos entran en conflicto.
- Creación de un árbol de acción. Lluvia de posibles acciones, valorando y argumentando las elecciones que se llevarán a cabo, así como las posibles consecuencias a favor y en contra.
- Análisis de los cursos de acción.
- Implementación de las elecciones admitidas como posibles soluciones
- Revaluación y comprobación de la consistencia de las decisiones tomadas. (25)

3. CASOS DE PACIENTES DENOMINADOS COMO ALTAS ADMINISTRATIVAS

Se trata de casos basados en hechos reales, pero a los cuales se les han cambiado el nombre de los pacientes, su género, edad, profesión y antecedentes para garantizar la confidencialidad.

CASO 1

Gazmira es una mujer de 64 años, prejubilada hace un año. Anteriormente trabajaba en una tienda de pinturas que había montado hace 40 años junto a su marido.

Hace un año él se enferma de un cáncer pulmonar haciendo metástasis generalizada, falleciendo hace apenas 5 meses. Él fallece en su domicilio. A Gazmira y a él nunca le han gustado los hospitales ni las residencias de mayores. Son partidarios de ser independientes y vivir de manera autónoma hasta el final de sus días. Ella siempre ha dicho que el día que dependa de alguien prefiere morir, o venderlo todo para que alguien la cuide y no ser una carga para sus hijos.

Ella es independiente para las actividades de la vida diaria, se maneja muy bien con las nuevas tecnologías, incluso conduce, por lo que se queda viviendo sola en su domicilio habitual, a pesar de estar un poco alejado de vecinos y familiares.

Gazmira tiene 2 hijos. Uno se ha quedado trabajando en la antigua tienda de sus padres. Ya que por la situación de crisis económica y la pandemia del COVID-19 se había quedado sin trabajo. Y el otro vive en Holanda, ya que trabaja como profesor de español desde hace años allí.

Solo tiene un nieto, hijo de su hijo el que trabaja en la tienda familiar. Ella suele ayudar en su cuidado, ya que su nieto tiene 15 años, pero nació de forma prematura y le faltó oxígeno en el parto, sufriendo una parálisis cerebral congénita, con un 95% de discapacidad. Su hijo y su nuera son los que se encargan día y noche de sus cuidados, pero a ella le gusta ejercer de abuela, y ayuda en todo lo que puede en el aseo, alimentación y paseos de su nieto. Así mismo, incluso, ayuda económicamente a su hijo cuando lo ve más necesitado.

Entre los antecedentes personales de ella, podemos destacar ansiedad, depresión, hipertensión, obesidad tipo I, y una fibrilación auricular. En tratamiento con:

- Enalapril 15 mg en desayuno y cena* (para el control de la tensión arterial)
- Endoxaban 60 mg en desayuno* (para la prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular)

- ☑ *Pantoprazol de 20mg en desayuno* (como protector gastrointestinal por el uso de fármacos)
- ☑ *Alprazolán 0.25 mg en desayuno y 0.50 mg en cena* (para el tratamiento de los estados de ansiedad)

La percepción de su estado de salud es buena. Independientemente de su ansiedad y depresión.

Sin embargo, Gazmira empieza con un cuadro de vómitos y diarreas de 4 días de evolución que no remiten. No pudiendo ingerir absolutamente nada. Acude a su médico de atención primaria quien la ve hemodinamicamente estable y asocia su sintomatología a un cuadro vírico. Le pauta dieta astringente, suero oral a sorbos pequeños a libre demanda, cada vez que se presente diarrea o vómito. Y para las diarreas Fortasec 4 mg como dosis inicial, y después 2 mg tras cada deposición diarreica.

Gazmira, continua 1 día mas con vómitos y diarreas. A todo ello se le suma una dificultad repentina para caminar, con pérdida de fuerza en la mitad derecha del cuerpo (en el brazo y la pierna del mismo lado). Con un lenguaje incomprensible. Ella decide no contarle nada a nadie para no preocupar innecesariamente. Cree que todo es a causa del cuadro vírico que se le ha diagnosticado.

Al día siguiente su hijo que vive aquí acude a visitarla, y se la encuentra con toda esta sintomatología, preocupado la lleva rápidamente a los servicios de urgencias de su hospital de referencia. Y allí además de lo anteriormente citado, se recoge en la valoración de enfermería que la paciente lleva 6 días sin tomarse su medicación habitual por vómitos, y que presenta en el momento de ingreso un cuadro de hipertensión. Activándose en ese momento el código ictus del centro.

Después de la realización de todas las pruebas pertinentes se confirma que Gazmira está sufriendo un accidente cerebrovascular isquémico de la arteria cerebral media izquierda.

Tras una evolución tortuosa del accidente cerebrovascular isquémico, Gazmira a consecuencia de este queda con las siguientes secuelas: pérdida de memoria, mutismo, disfagia, hemiparesia de miembro superior y miembro inferior derecho, incontinencia fecal y

urinaria. Convirtiéndose en ese momento en una persona dependiente para las actividades de la vida diaria.

De cara a su mejoría clínica con respecto al motivo de ingreso hospitalario, se decide el alta médica. Es entonces cuando sus dos hijos dicen no poderse hacer cargo de su madre. Uno por vivir fuera de España, y otro por incompatibilidad de compaginar el cuidado de su hijo, con el de su madre y el trabajo. Pasando a ser el diagnóstico de Gazmira el de alta administrativa.

El personal médico, realiza interconsulta a la trabajadora social del Hospital para que valoren el caso y que se le ofrezcan ayudas tanto económicas como sociales a la paciente para que pueda abandonar el centro hospitalario.

Cinco meses después de todo lo sucedido y de estar hospitalizada a pesar de que su diagnóstico médico no lo precisaba, abandona el hospital, siendo trasladada a una residencia de ancianos.

CASO 2

Ruperto es un señor de 87 años que vive solo en una casa de pueblo. Su mujer falleció hace 12 años. No tuvo hijos. Su única hermana también falleció hace 1 año con 89 años. Su única familia conocida es un sobrino suyo, Pepe, que tiene 70 años y es pluripatológico.

Ruperto se maneja en su vida diaria de manera independiente. Tiene una pequeña pensión de unos 500 €, y se autoabastece de lo que planta en sus tierras y de sus gallinas. Él ya no está conduciendo porque se lo desaconsejaron cuando fue a renovar el carnet de conducir. Cuando necesita ir a algún sitio o a comprar, le toca a sus vecinos, y les pide un favor. Ellos suelen ayudarlo siempre, ya que Ruperto es generoso con ellos, siempre les da de todo lo que cultiva, y cartones de huevos.

En cuanto los antecedentes de Ruperto, se desconocen. No ha ido al médico nunca. Sus padres murieron muy mayores, y su hermana de un infarto.

Un día Ruperto se encuentra cogiendo papas en sus tierras, cuando resbala golpeándose la cadera y la cabeza. Afortunadamente pasaba por allí un vecino que contempla la situación y avisa rápidamente a los servicios de emergencias.

Al llegar a urgencias, Ruperto presenta un Traumatismo Craneoencefálico (TCE), con pequeña brecha en la zona occipital que precisa de sutura, e incapacidad para caminar, con dolor intenso en la cadera derecha y un acortamiento del miembro inferior derecho. Tras realizar una Rx de cadera se confirma su diagnóstico. Ruperto tiene además del TCE una fractura de cadera derecha, siendo necesaria una intervención quirúrgica.

Tras la intervención quirúrgica y tras su rápida mejoría, se decide al alta médica. Sin embargo, de cara al alta el personal médico se encuentra con que el paciente no tiene ningún familiar que se pueda hacer responsable de él. Considerándolo de esta forma como un paciente vulnerable que no puede vivir solo, por lo que se le realiza una interconsulta a la trabajadora social.

Ruperto se enfada y angustia, él siempre ha vivido solo, él dice que hará las cosas más despacio, e incluso se compromete a no cultivar nada en las tierras y a regalar las gallinas. No obstante, la asistenta social no lo considera oportuno, ya que vive muy alejado, sus vecinos no se encuentran siempre por los alrededores, y puede volverle a ocurrir alguna situación parecida en algún momento.

Ruperto pasa a ser un problema social. Al mes de estar ingresado, es contagiado por el virus COVID-19 de una forma virulenta ya que no estaba vacunado. Ruperto fallece dos semanas después.

CASO 3

Zebensuí, es un paciente de 26 años. Vive con su abuela de 77 años. Sus padres fallecieron cuando él tenía 8 años en un accidente de coche. Tiene un hijo menor de 8 años, que vive con la familia materna. No tiene más familia conocida. Nunca ha trabajado de manera remunerada. Dentro de sus antecedentes personales existen un gran número de visitas a los servicios de urgencias siendo un menor por lesiones secundarias a peleas, consumo de

alcohol y drogas. Él se auto-considera una persona sana, hace ya muchísimo tiempo que no acude a un hospital. Sin embargo, el consumo de alcohol y drogas es diario, desde que se levanta hasta que se acuesta.

Su abuela es conocedora de las conductas de riesgo que lleva a cabo su nieto, pero no puede hacer nada para evitarlo. Ella es una persona pluripatológica con dificultad para caminar tras varias operaciones de rodilla derecha.

Una noche Zebensuí decide salir con sus amigos de fiesta. Una vez en el lugar consume drogas y alcohol a niveles desproporcionados que ni el mismo recuerda posteriormente. En el transcurso de la noche, decide coger el coche para volver solo a casa. Al conducir bajo los efectos de las drogas a altas horas de la noche choca con su coche a gran velocidad contra unas farolas y un muro de hormigón.

En el momento del impacto no llevaba puesto el cinturón, saliendo despedido del vehículo. A su llegada a urgencias su juicio diagnóstico es de TCE grave y una lesión medular en la región toracolumbar.

Tras su ingreso, Zebensuí es dependiente para todas las actividades de la vida diaria. Presenta parálisis total de ambos miembros inferiores, y pérdida total de sensibilidad, incontinencia urinaria y fecal.

De cara al alta por la mejoría del proceso patológico agudo que ingreso, él se niega al alta. Su médico se reafirma en que el requiere unos cuidados crónicos y que el hospital no es el lugar indicado para ello. Sin embargo, el argumenta que no tiene medios económicos ni sociales, y que necesita ayuda para casi todo. De esta forma su diagnóstico cambia de politraumatismo por accidente de tráfico a distocia social.

Ante esta situación se le realiza interconsulta al trabajador social. De esta forma, y tras dos semanas, le entrega una lista a Zebensuí de posibles residencias públicas a las que podría ser trasladado. Él las rechaza porque ninguna tiene rehabilitación o fisioterapia. Además, se trata de centros de personas mayores, y en muchas no se contempla la opción de salidas a diario fuera del centro.

El trabajador social logra encontrar una, en un lugar lejano, para personas con este tipo de lesiones medulares. No obstante, la gestión para ingresar en ella requiere de un mayor número de papeles. Zebensuí acepta esperar.

En el proceso de espera y resolución, el hospital se satura, siendo necesario derivar los pacientes considerados como crónicos o altas administrativas de inmediato. De este modo Zebensuí es trasladado a una residencia de mayores, y se paralizan los informes de la otra residencia. Teniendo que ser nuevamente iniciados posteriormente.

CASO 4

Constanza tiene 75 años. Es una paciente pluripatológica. En enero del 2017 comenzó a tener pequeños despistes y cambios de humor. Siendo diagnosticada un año después de demencia senil. El progreso de su enfermedad ha sido muy rápido. Se encuentra encamada. Dependiente para todas las actividades de la vida diaria. Se encuentra despierta en todo momento, pero desorientada en tiempo, espacio y persona. Muy quejosa. Su lenguaje es incomprensible. Presenta incontinencia fecal y urinaria. Presenta disfagia. Esta bastante desnutrida, ya que generalmente se niega a comer. Como consecuencia secundaria a su estado avanzando de desnutrición presenta una úlcera grado III en sacro sobre-infectada y úlceras de grado I en ambos talones de miembros inferiores. A todo ello se le suman otros antecedentes, entre ellos diabetes tipo II, hipotiroidismo, neumonías de repetición, anemia crónica, insuficiencia cardíaca, una fibrilación auricular con un bloqueo de rama izquierda, infecciones de orina recurrentes y dolor mal controlado a la movilización.

De su cuidado se encargan sus hijos, se van turnando porque ambos trabajan y su situación económica es mala y no pueden permitirse pagarle a una persona que les ayude con el cuidado de su madre.

Hace dos años empezaron con los trámites de la discapacidad y de la Ley de la Dependencia con la idea de solicitar ayuda a domicilio. Sin embargo, la situación de agobio es tal que ya están hechos a la idea de que lo mejor para su madre es el ingreso en un centro, donde les ayuden con los cuidados básicos y se le realicen las curas de las úlceras.

Anoche Constanza pasó una noche horrible. Entre sollozos, tenía muchas flemas y en ocasiones parecía faltarle el aire. Sus hijos deciden llevarla a urgencias para que la valoren por si precisará de antibióticos y oxígeno como en ocasiones previas.

Antes de llamar a la ambulancia los hermanos se sientan a hablar del estado de su madre. Ambos están desesperados. No pueden seguir cuidando a su madre. Creen que está en juego su propia salud. Su hija le comenta a su hermano, que se le ha ocurrido una idea.

"Si la llevamos a urgencias y luego no vamos a visitarla o decimos que no nos podemos hacer cargo de ella, la dejarán ingresada y le buscarán un centro más rápido". Su hermano asiente y añade "por lo menos el tiempo que está allí, aunque no vayamos a verla, estará mejor cuidada y podremos descansar un poco". Su hermana añade: "La llevamos, le contamos a la doctora cómo está, y luego cuando le vayan a dar el alta, dejamos de ir por allí"

De esta manera, Constanza ingresa en urgencias de su hospital de referencia con juicio diagnóstico de infección respiratoria, anemia reagudizada y úlceras sobre-infectadas por *Acinetobacter Baumannii*.

Tras tres semanas de evolución, la paciente ha mejorado a nivel respiratorio, la anemia se ha corregido parcialmente, pero continua con las úlceras en miembros inferiores y sacro. Se habla con la familia de cara a una posible alta y continuidad de curas por parte de atención primaria o por sus familiares en domicilio.

Es justo en este momento, cuando sus hijos desaparecen. No cogen el teléfono ni acuden a visitarla. Se intenta hablar con ellos a través de la trabajadora social e incluso a través de atención primaria, pero no quieren acudir a visitar a su madre por miedo a que les obliguen a llevársela a casa. Además, sienten vergüenza de actuar como lo están haciendo, su madre siempre había sido una mujer ejemplar con ellos.

De esta forma Constanza pasa los siguientes nueve meses ingresada en el hospital con juicio diagnóstico de alta administrativa, y úlceras sobre-infectadas. Ningún centro socio-sanitario acepta a la paciente por presentar una infección por *Acinetobacter Baumannii* en sus úlceras. Aceptar su ingreso, sería aceptar un aislamiento; pero, normalmente las residencias disponen

de ninguna o pocas camas de aislamiento, por lo que derivarla a otro centro se vuelve una tarea casi imposible.

De esta forma van pasando los días, y el estado de Constanza comienza a empeorar de manera rápida. Deja de comer, y empieza con fiebres recurrentes. Su pronóstico es malo. Se avisa a su familia, pero no cogen el teléfono. Finalmente se decide sedación terminal y tratamiento paliativo. Y Constanza muere.

Es entonces cuando el personal médico avisa a la funeraria que consta en la historia médica de la paciente. Y esta se pone en contacto con la familia para conocer cuáles son sus preferencias y donde quieren que sea el velatorio y el funeral.

Los hijos al recibir de esta forma la noticia, no saben ni cómo reaccionar. Llaman al hospital con enfado y rabia, pero ya poco se puede hacer.

Constanza llevaba 9 meses allí hospitalizada, los médicos y el personal de enfermería eran las únicas personas que se acercaron a ella día tras día. Ningún familiar había mostrado el más mínimo interés por el estado de la paciente.

Constanza era ya como parte del servicio de hospitalización, era conocida por todos. El personal sanitario había empezado a ser su familia, y de hecho era a las últimas personas a las que vio al final de su vida. No se pudo despedir de sus hijos.

Quedó abandonada en el hospital donde había fallecido.

CASO 5

Dana, es una mujer de 52 años. Vive sola en un piso que tiene alquilado desde hace 2 meses. Anteriormente vivía en otro piso, pero tras dejar de pagar el alquiler, fue desahuciada.

Actualmente tras pagar el primer mes de alquiler, ha dejado de pagar nuevamente. Los propietarios ya le han avisado de que deberá abandonar el piso si no susana la deuda.

Las dos hermanas de Dana han optado por no ayudarla. La última vez que le prestaron 50€, ella decidió gastárselos en comprar dos cajas de tabaco, ya que decía que lo necesitaba. Sus hermanas han estado desbordadas con las incoherencias de su hermana, sienten que no pueden abordar su situación de dejadez y riesgo constante para su salud.

Entre los antecedentes de Dana podemos destacar consumo de alcohol y drogas, tabaquismo activo, EPOC Gold 2, diabetes tipo II mal controlada, depresión, dificultad en la marcha tras intervención quirúrgica de cadera izquierda y rigidez en la articulación del codo del brazo izquierdo como consecuencia de una caída accidental de 3 metros de altura hace 11 años.

Dana parece no hacer caso a las recomendaciones que se le dan en su centro de salud o sus hermanas. La trabajadora social le ha intentado solicitar ayudas socioeconómicas, pero nunca llega a presentar los papeles. A veces los pierde, otros se olvida, otras veces no acude a los sitios donde se le cita para valorarla ... y así sucesivamente.

Sin embargo, ahora que es invierno y no para de llover, Dana sí que parece estar preocupada, no quiere volver a verse en la calle.

Una tarde-noche, decide bajar al bar de la esquina, y consumir alcohol en grandes cantidades. Cuando es consciente de que el bar va a cerrar y de que no tiene dinero para pagar, empieza a llorar desconsoladamente. Refiriendo encontrarse mal, y con sensación de falta de aire. El dueño del bar preocupado avisa al 112. Presentándose allí una ambulancia del soporte vital básico. A su llegada presenta tensión de 175/90 mmHg, FC de 100lpm, Saturación de oxígeno de 89% y glucemia de 335mg/dl. Por lo que se avisa a sala del 112, y se traslada a su hospital de referencia.

Al llegar al hospital, se le inicia sueroterapia y se le administra Captopril 0.5 mg, Alprazolam 0.5 mg, Vitamina B12, Insulina rápida y oxígeno. Se le realiza analítica de sangre, analítica de orina, placa de tórax y abdomen, y un electrocardiograma. Tras todos los resultados no se aprecian datos relevantes por los que la paciente requiera un ingreso. De hecho, la paciente es paciente conocida de neumología y endocrinología. Y en los comentarios médicos de ambos se puede leer que no cumple con las pautas recomendadas o que no acude a las visitas.

De este modo el médico que la recibe en urgencias la deja en observación durante la noche, pero decide que en el siguiente turno se le dé el alta.

En el siguiente turno, el médico que ha cogido el cambio se acerca a ella de manera empática, y le comunica que su estado de salud ha mejorado con respecto a cuándo ha sido traída por la ambulancia; que requiere de un seguimiento médico por parte de atención primaria porque tiene descompensada la azúcar y que por su parte ya tiene el alta hospitalaria, que si necesita aclarar cualquier duda o precisa de algo más, el está a su disposición.

Es entonces cuando Dana le dice que ella no quiere el alta, que ella quiere quedarse. El médico le dice que es imposible por su parte firmarle el ingreso, ya que no tiene ningún juicio diagnóstico que le lleve a tomar esa decisión, y que lo que precisa es continuar con los cuidados que se le recomiendan. Pero ella insiste en que no tiene a donde ir, que si le da el alta intentará hacer alguna locura.

El médico preocupado por lo que la paciente refiere solicita una interconsulta a psiquiatría y llama a información para que intenten localizar a algún familiar de la paciente.

El personal de información, le dice al médico que actualmente no consta ningún teléfono de referencia en la historia médica. Por tanto, se queda a la espera de valoración de psiquiatría.

Psiquiatría acude a valorarla, y realiza un comentario médico en el que se puede leer lo siguiente:

«La paciente refiere que si se le da al alta médica tomará represalias contra sí misma, comenta que "realizará alguna locura". Sin embargo, no es capaz de verbalizar las ideas de suicidio como tales. Tiene un discurso coherente, y manifiesta sus dificultades económicas y sociales. No cuenta con apoyo familiar, y refiere miedo porque no tiene donde vivir. Su razonamiento es pobre, y divaga a la hora de explicar el porqué de su situación actual y el motivo de su ingreso en los servicios de urgencias. Entre sus antecedentes hay historial médico de episodios de depresión, consumo de tóxicos y comentarios de mal cumplimiento del tratamiento. Su diagnóstico médico al ingreso es de alcoholismo, hipertensión e hiperglucemia. A priori, precisa de seguimiento por parte de psiquiatría, pero a pesar de ello, dado que su ingreso en urgencias no coincide de manera directa con un intento de suicidio, se

descarta el ingreso, se pauta tratamiento ansiolítico y se cita para posterior valoración por parte del servicio.»

De este modo, su médico de urgencias se ve entre la espada y la pared. Sin saber cómo actuar. Pero firma el alta médica y deja a la paciente en una observación de urgencias pendiente de decidir cómo abordar la situación. Mientras tanto sigue atendiendo a los pacientes ya que justo ha habido un accidente con múltiples víctimas en la autopista.

4. ANÁLISIS DE LOS CASOS

CASO 1

Identificación de los problemas éticos del caso

- Gazmira es partidaria de vivir en su casa hasta el final de su vida. Rechaza el ser institucionalizada. Ella ha comunicado sus preferencias a sus hijos.
- Gazmira tras los hechos sucedidos (un accidente cerebrovascular isquémico de la arteria cerebral media izquierda) es dependiente y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria.
- De cara a su mejoría clínica se decide el alta médica. Pero sus hijos no pueden hacerse cargo de ella (uno por vivir fuera de España, otro por imposibilidad de compaginar el trabajo con el cuidado de su madre e hijo)
- Se buscan ayudas socio-económicas para intentar resolver la situación y garantizar que reciba unos cuidados acorde a sus necesidades

Priorizar los problemas detectados y analizarlos con orden.

- Rechaza el ser institucionalizada. Pero precisa de ayuda para las AVD, no puede vivir sola en su domicilio y sin nadie que se encargue de su cuidado.
- Sus hijos refieren no poder cuidarla.
- Gazmira no tiene otras opciones que garanticen su continuidad de cuidados.

Factores, circunstancias, principios y argumentos que entran en conflicto

- Autonomía.** Se debe respetar la opinión de la paciente y más si sus hijos son concedores de ella. Gazmira ha manifestado públicamente sus preferencias y en sucesivas ocasiones.

También los hijos tienen autonomía para poder decidir si pueden o no hacerse cargo de su madre, si bien esto no puede suponer un perjuicio para su madre, o un abandono.

- Beneficencia.** Gazmira precisa de una continuidad de cuidados, (bien en su domicilio o bien en un centro socio-sanitario). Está claro que por sí misma no puede suplir sus necesidades, y que precisa ayuda de otras personas.

- No maleficencia.** No se puede abandonar a Gazmira aunque su estado de salud actual haya empeorado con respecto al previo.

- Justicia.** Gazmira no puede ocupar una cama de un hospital de manera permanente. Se le ha atendido proporcionándole los mejores recursos y cuidados que su patológica requiere. Ahora se ha convertido en una paciente crónica que requiere de unos cuidados que se le pueden proporcionar en otro espacio, bien en su domicilio o en un centro sociosanitario. Si bien, es verdad, que se debe garantizar la continuidad de los cuidados que requiere.

Árbol de acción.

- Gazmira se queda en el hospital, aunque su diagnóstico no lo precise.
- Se le da el alta, y se le pone en las puertas del hospital.
- Se va a vivir con alguno de sus hijos, aunque ellos no puedan compaginar sus trabajos y quehaceres con el cuidado de su madre.
- Se interna a Gazmira en un centro sociosanitario en contra de su voluntad.
- Se venden todas sus propiedades y con el dinero se busca a alguien que la cuide en su domicilio.
- Se le ofrece a Gazmira la eutanasia para poner fin a su vida, como ella había manifestado previamente.

Análisis de los cursos de acción.

En cuanto a la primera opción, de quedarse ingresada, aunque no lo precise, podemos decir que no es una decisión justa. No es ético ocupar de manera inapropiada una cama hospitalaria, si la paciente no lo precisa en ese momento, ya que puede haber otros pacientes que si lo requieran. Obstaculizándose así la atención hospitalaria a otros enfermos.

Gazmira debe abandonar el hospital, pero debe existir alguien que le proporcione los cuidados que precisa. Por lo que tampoco sería correcto darle el alta, y ponerla en las puertas del hospital sin garantizar la continuidad de sus cuidados, ya que, si se hiciera sin tener este aspecto en cuenta, se podría convertir en una paciente que requerirá sucesivos ingresos en relación a una mala continuidad de cuidados.

La idea de que se vaya con sus hijos puede parecer la más sensata. Los hijos tienen una obligación superior a la moral de atender a sus padres, en reciprocidad a lo que sus padres han hecho por ellos previamente. Sin embargo, se comprende también la imposibilidad de compaginar sus vidas con los cuidados que precisa la madre. Así como las dificultades económicas y el hecho de que uno de sus hijos ya se hace cargo de un hijo dependiente.

La idea de derivarla a un centro sociosanitario es bastante idónea. Sin embargo, por un lado, se actúa en contra de la autonomía de Gazmira, no se tienen en cuenta las preferencias manifestadas de ella. No obstante, se podría decir que se busca el mejor beneficio de la paciente que no puede quedarse desamparada. Aunque la decisión vaya en contra de su autonomía, se puede plantear que la acción más dañina sería su abandono, y la opción intermedia, sería no abandonarla, pero no actuar de acorde a su opinión.

Otra opción es la de vender sus propiedades, sin embargo, esta propuesta requiere por un lado de tiempo, y por otro, no es sólida ya que el dinero recaudado de la venta de propiedades se puede acabar, y de esta forma no se garantiza a la larga el cuidado de la paciente.

La eutanasia es otra idea que puede aparecer, no obstante, pone de manifiesto varios problemas. La paciente nunca solicitó directamente este proceso ni se planteó esta situación actual que presenta. Habría que valorar si cumple criterios legales para ser candidata a la eutanasia.

Implementación de las elecciones admitidas como posibles soluciones

En este caso, la resolución del problema ha sido el traslado de la paciente a una residencia de ancianos. Para el personal sanitario y los hijos, esta ha sido la opción considerada como conveniente para abordar la situación de una forma correcta.

Se puede entrever, que se ha llevado a cabo una opción intermedia, dentro de las consideradas como "buenas propuestas". Gazmira recibirá los cuidados que precisa de acuerdo con su actual estado de salud. Sus hijos podrán formar parte de los cuidados, aunque los cuidados no los desempeñen directamente ellos.

Revaluar y comprobación de la consistencia de las decisiones tomadas

Posteriormente habría que valorar el estado de salud de Gazmira, y si los cuidados que recibe son apropiados.

CASO 2

Identificación de los problemas éticos del caso

- Ruperto quiere volver a su domicilio, pero se le considera un paciente vulnerable por su edad, vivir solo y no disponer de apoyo familiar. Acaba de recuperarse de un TCE y de una intervención quirúrgica de fractura de cadera derecha tras caída accidental.
- Su única familia conocida es un sobrino suyo, Pepe, que tiene 70 años y es pluripatológico, no puede hacerse cargo de Ruperto.
- Su pensión es de unos 500 €, y con ella no puede permitirse pagarle a nadie para que lo ayude a diario.

Priorizar los problemas detectados y analizarlos con orden.

- Quiere vivir solo, rechaza el ser institucionalizado.
- Precisa de cierta ayuda para las AVD.
- No existe ninguna persona de referencia que se comprometa a hacerse cargo de la continuidad de sus cuidados.

- ☑ A pesar de que Ruperto mantiene sus facultades cognitivas, y que su discurso es totalmente correcto, no se considera que sea oportuno dejarle volver solo a su casa.

Factores, circunstancias, principios y argumentos que entran en conflicto

- ☑ **Autonomía.** Ruperto tiene derecho a decidir y consentir en cuanto a lo que su salud respecta. Él dispone de todas sus facultades. A priori no se le puede obligar a algo que él no cree correcto.
- ☑ **Beneficencia.** Se intentan prever futuros reingresos de Ruperto, ya que se le considera un paciente vulnerable que va a necesitar cierta ayuda para su día a día.
- ☑ **No maleficencia.** No se puede dejar ir a Ruperto solo a su casa sin un seguimiento continuo, aunque su estado de salud haya mejorado.
- ☑ **Justicia.** Por un lado, no es justo imponer a Ruperto la decisión médica que se ha tomado, y que se le considere como "no capacitado" para vivir de manera autónoma como lo hacía previamente.

Y por otro, no es justo que se le retenga en una cama hospitalaria hasta que se decida como se resuelve esta situación, en contra de su libertad. Pudiendo estar en su domicilio con una supervisión adecuada.

Árbol de acción.

- ☑ Ruperto se queda en el hospital, aunque no presente ninguna patología médica, ni ningún tratamiento hasta que se decida qué hacer.
- ☑ Se le da el alta, y vive solo en su casa como lo hacía previamente.
- ☑ Se le interna en un centro sociosanitario en contra de su voluntad.
- ☑ Se busca ayuda externa de servicios de asistencia domiciliaria, atención primaria, centros de día y de asociaciones que se dediquen al acompañamiento de mayores.

Análisis de los cursos de acción.

La primera opción no es la correcta. Partimos de la base de que no presenta ninguna patología relevante. Es un anciano mayor sano. Por tanto, un hospital de agudos no es el lugar para supervisar y ayudarlo en el desempeño de sus tareas diarias. De hecho, él mismo solicita volver a su hogar.

La idea de darle el alta, y no hacer juicios de valor sobre si podrá vivir bien o mal, o si no será capaz de realizar ciertas tareas por sí solo, parece adecuada. Pero se puede caer en la ignorancia de aún sabiendo la situación real del paciente, no hacer nada, y no gestionar la posibilidad de recibir ayudas.

Internar a Ruperto en un centro sociosanitario sin tener en cuenta su criterio, es injusto y viola su autonomía. Sin embargo, a nivel asistencial suple las carencias que queremos resolver. Ruperto estaría acompañado todos los días, y tendría ayuda para sus tareas.

No obstante, lo ideal sería buscar una combinación de varias opciones. Si Ruperto fuera a un centro de día por las mañanas, y por las tardes tuviera visitas de su enfermera y/o médico de atención primaria, así como ayuda a domicilio, teleasistencia y visitas de voluntarios de asociaciones, podría estar más acompañado y supervisado, pudiéndose detectar cualquier cambio en su estado de salud.

Sin embargo, Ruperto también se puede sentir incómodo, ya que puede querer su espacio, intimidad y soledad, como lo ha tenido previamente.

Implementación de las elecciones admitidas como posibles soluciones

En este caso, la resolución del problema nunca llego. Mientras se decidía que era lo mejor para él, se quedo hospitalizado. Siendo contagiado por el virus COVID-19 de una forma virulenta y falleciendo posteriormente.

Reevaluar y comprobación de la consistencia de las decisiones tomadas

Obviamente, conociendo el desenlace, se puede afirmar que el mantener hospitalizado a Ruperto no fue una buena opción. Como paciente vulnerable, era candidato a contagiarse con cualquier infección.

CASO 3

Identificación de los problemas éticos del caso

- Zebensuí a consecuencia del accidente de tráfico presenta una lesión medular en la región toracolumbar. Es dependiente para todas las actividades de la vida diaria. Presenta parálisis total de ambos miembros inferiores, y pérdida total de sensibilidad, incontinencia urinaria y fecal.
- Rechaza el alta médica, él argumenta que no tiene medios económicos ni sociales, y que necesita ayuda para casi todo.
- Su médico responsable considera que él precisa un ingreso, pero en un hospital de crónicos.
- Zebensuí demanda un centro acondicionado para él, que cuente con rehabilitación o fisioterapia, y que contemple sus preferencias.

Priorizar los problemas detectados y analizarlos con orden.

- Tras mejoría del proceso agudo por el que ingreso, se le da el alta médica.
- Zebensuí no tiene a nadie que le pueda ayudar a garantizar la continuidad de los cuidados que precisa. Requiere ayuda para todas las actividades de la vida diaria. Solicita el ingreso en un centro sociosanitario.
- El centro al que le gustaría ir requiere de gestiones burocráticas y papeleo, por lo que su ingreso se dilata en el tiempo.

Factores, circunstancias, principios y argumentos que entran en conflicto

- Autonomía.** Zebensuí pese a las secuelas que padece después del accidente está consciente y orientado, mantiene su capacidad de elección y decisión. Él manifiesta su

necesidad de recibir cuidados, y además dice donde prefiere y por qué lo prefiere. Por lo que se debe respetar su voluntad y capacidad de elección.

- Beneficencia.** Zebensuí requiere de ayuda para desempeñar su vida diaria. Independientemente de donde se le proporcionen dichos cuidados, se contempla como necesario el ingreso en un centro sociosanitario.
- No maleficencia.** No se le puede dar el alta sin haber valorado previamente quien va a seguir con los cuidados que se le han brindado hasta ahora en el hospital.
- Justicia.** No es justo el ocupamiento hospitalario prolongado hasta que se resuelva su caso, pero tampoco se puede incurrir en no prestarle unos cuidados, independientemente de que él fuera el principal responsable de sus padecimientos actuales.

Árbol de acción.

- Zebensuí se queda en el hospital hasta que pueda ingresar en el centro que cuenta con los recursos oportunos para su situación.
- Se le da el alta, y sin hacer miramientos de la situación que presenta, ya que el accidente fue a consecuencia de sus conductas de riesgo.
- Se va a vivir con su abuela, aunque esta no pueda hacerse cargo de él.
- Se interna a Zebensuí en cualquier otro centro sociosanitario.

Análisis de los cursos de acción.

Que Zebensuí se quede en el hospital hasta que pueda ingresar en el centro que cuenta con los recursos oportunos para su situación parece una situación coherente a nivel moral. Aunque es poco justa para quienes precisan de un ingreso hospitalario y no pueden porque no hay disponibilidad de camas. Entrando en juego la comparación de casos, y el quién es más justo que ocupe una cama.

A pesar de ser conocedores del motivo principal de ingreso del paciente, no se puede tomar decisiones precipitadas o mediatizadas por prejuicios. Dar el alta, sin hacer miramientos de la situación que el paciente padece, no es justo ni ético. Además, un no compromiso por parte

del personal sanitario con la situación podría acarrear que el paciente volviera a ingresar por motivos relacionados con las secuelas que padece y un mal cuidado de la salud del paciente.

La abuela del paciente no es un recurso válido, se trata una paciente mayor, frágil y vulnerable con múltiples patologías, que quizás a la larga también precise ayuda asistencial para su propio autocuidado.

Y el ingresar a Zebensuí en otro centro sociosanitario no adecuado ni habituado a tratar con este tipo de pacientes, sería sinónimo de privarle del derecho a unos cuidados justos y adecuados a sus necesidades. Se le estaría negando el derecho a beneficiarse de determinadas técnicas que a día de hoy han dado buenos beneficios y resultados en parálisis de miembros inferiores. La fisioterapia podría evitarle un deterioro brusco, mejoraría su movilidad y calidad de los movimientos, reduciría las tensiones musculares y podría aliviar ciertos dolores.

Implementación de las elecciones admitidas como posibles soluciones

En este caso, se intentó optar por buscar un centro de acuerdo con las necesidades del paciente. Si bien en el proceso de espera y resolución, el hospital se saturó, siendo necesario derivar rápidamente a Zebensuí a una residencia de mayores. No se le desampara en cuanto a cuidados. De hecho, se comprende que quizás la decisión fue necesaria al igual que era necesario el disponer de camas para tratar a otros pacientes que lo precisaban.

Revaluar y comprobación de la consistencia de las decisiones tomadas

Este apartado, en este caso, toma vital importancia. A través de revalorar la decisión previamente tomada, se identificará si es preciso o no trasladar a Zebensuí al centro que él había solicitado con anterioridad, reiniciándose los trámites oportunos.

CASO 4

Identificación de los problemas éticos del caso

- Constanza es una paciente pluripatológica como se ha podido leer. Dependiente para todas las actividades de la vida diaria. De hecho, precisa de unos cuidados continuos, cambios posturales cada hora para evitar el agravamiento de las úlceras que presenta, cambios de pañal para evitar infecciones y requiere que se le dé de comer despacio para evitar atragantamientos secundarios a la ingesta de alimentos.
- Normalmente de su cuidado se ocupan sus hijos, pero están desbordados.
- Su situación económica es mala, no tienen dinero para pagarle a alguien que les ayude.
- Quieren ingresar a su madre en una residencia.
- Creen que el hecho de dejar a su madre abandonada en el hospital favorecerá que se le busque más rápido un centro. Ellos piensan que cuando se le vaya a dar el alta y se den cuenta que no hay nadie que pueda hacerse responsable de sus cuidados, su ingreso se priorizara.
- Las úlceras de Constanza están sobreinfectadas por un *Acinetobacter Baumannii* que requiere aislamiento. Ningún centro acepta a la paciente ya que el presentar un *Acinetobacter Baumannii* positivo en sus úlceras, conlleva aceptar un aislamiento, y normalmente las residencias disponen de ninguna o pocas camas de aislamiento. Por lo que su estancia hospitalaria se dilata en el tiempo.

Priorizar los problemas detectados y analizarlos con orden.

- Constanza precisa de unos cuidados continuos y diarios.
- Sus hijos "no pueden más", quieren ingresarla en un centro sociosanitario. Pero como no consiguen una plaza, deciden abandonarla en el hospital.
- Constanza además de sus patologías, es portadora de una bacteria, la *Acinetobacter Baumannii*, que es muy resistente y contagiosa, por lo que su traslado a un centro se dificulta, ya que precisará de un aislamiento preventivo continuo

Factores, circunstancias, principios y argumentos que entran en conflicto

- Autonomía.** Constanza no puede transmitir como se siente o lo que piensa de toda la situación que está viviendo. Sus cuidados y bienestar dependen de terceras personas.

- ☑ **Beneficencia.** Constanza necesita que se le alimente, asee, cure, movilice, que se le garantice su descanso y evite su sufrimiento. Y pasar el resto de su vida con la mejor calidad de vida posible. Intentando mantener un estado estable de sus patologías.

- ☑ **No maleficencia.** No se puede dejar de prestarle los cuidados que precisa Constanza, independientemente de que presente una bacteria multirresistente, y que el estado de su enfermedad este muy avanzado y sea de mal pronóstico.

- ☑ **Justicia.** No es justo que una vez llegada a esta situación decidan prescindir de ella. Tampoco es justo que no se le brinden los cuidados de calidad que precisa. Pero tampoco es adecuado dejarla hospitalizada en un hospital de agudos cuando lo que precisa son cuidados crónicos.

Árbol de acción.

- ☑ Constanza se va con sus hijos a casa, aunque ellos no quieran o no puedan atenderla.
- ☑ Se buscan ayudas socioeconómicas para que sus hijos puedan cuidarla con ayuda de terceras personas.
- ☑ Se interna a Constanza en un centro sociosanitario.
- ☑ Se queda en el hospital hasta que fallezca.
- ☑ Ante un mal pronóstico, y el abandono familiar se le inicia sedación paliativa.

Análisis de los cursos de acción.

Se trata de un caso complicado, porque partimos de la base del desconocimiento de que es lo que hubiera dicho Constanza en esta situación, y de saber cuáles hubieran sido sus preferencias.

Por un lado, está claro, que precisa unos cuidados continuos, y que no se le pueden negar. Se trata de una persona que, aunque no pueda transmitir su dolor y sentimientos, sufre y padece.

Si sus hijos se niegan a cuidarla, habría que plantearse judicializar la situación. El Código Civil recoge en su artículo 142 y 143, que los ascendientes y descendientes están obligados

recíprocamente a darse alimentos, entendiéndose por alimentos, no solo la necesidad de alimentación, sino de protección y asistencia médica entre otras muchas.(27) De esta forma, sus hijos deben conocer que no pueden dejar a su madre desamparada.

Ingresar a Constanza en un centro sociosanitario parece la opción adecuada. No obstante, los centros en ocasiones no están preparados para atender aislamientos. Suponiendo esto un prejuicio y riesgo tanto para la paciente como para el resto de los usuarios, ya que algunos estudios hacen referencia a que estas bacterias pueden vivir en piel y sobrevivir en el ambiente durante varios días.(28)

Además, en la actualidad, muchas son las denuncias públicas en relación a la falta de material y personal en las residencias de mayores.(29) Factores todos ellos que pueden ser el desencadenante de infecciones nosocomiales.

Iniciarle una sedación a Constanza simplemente porque su pronóstico a largo plazo es malo, puede llegar a ser egoísta. Se puede entender como una decisión superficial que no tiene en cuenta otros principios ni valores. Se basa simplemente en el hecho de que la paciente no es útil para la sociedad y que supone una carga.

En paralelo con lo anterior, hay quien puede creer que la misma situación es un acto de caridad. El poner fin a una vida en la cual la paciente es dependiente, y sufre dolor a consecuencia del encamamiento prolongado y las úlceras por presión que presenta.

Y por último la alternativa de quedarse en el hospital, puede ser injusta para otros pacientes que precisen atención asistencial, pero garantiza que Constanza continúe recibiendo unos cuidados que a priori nadie puede darle.

Implementación de las elecciones admitidas como posibles soluciones

La elección que se llevo a cabo fue intentar conseguir un plaza de crónicos en algún centro socio-sanitario, hecho que fue imposible. De tal modo que la paciente empeoró, convirtiéndose en una paciente aguda nuevamente, que no respondía al tratamiento. Por lo que se decidió iniciar un tratamiento paliativo para evitar al máximo su sufrimiento al final de su vida.

Revaluar y comprobación de la consistencia de las decisiones tomadas

Al cuestionar si fue correcta o no la actuación de abandonar a su madre en el hospital por parte de sus hijos, se puede estimar que no fue justo para la paciente. Y que este hecho puede conllevar en sus hijos un duelo complicado, en el que estará presente el remordimiento y la culpa.

En cuanto al personal sanitario, intentaron en la medida de lo posible buscar un lugar más apropiado para la paciente. Sin embargo, nunca llegaron a lograrlo. De tal modo que cuando el estado de la paciente empeoró, renunciaron a la primera decisión que se había tomado e iniciaron finalmente un tratamiento paliativo. Poniendo de manifiesto que en ocasiones las decisiones pueden variar si cambian las circunstancias de los pacientes.

CASO 5

Identificación de los problemas éticos del caso

- Dana, es una paciente pluripatológica, con mal cumplimiento del tratamiento. Su situación socioeconómica es mala.
- Su apoyo familiar es nulo, sus hermanas se han visto desbordadas por las incoherencias y conductas de riesgo de su hermana. Se niegan a ayudarla.
- Ha ingresado en urgencias con juicio diagnóstico de alcoholismo, hipertensión e hiperglucemia. Todos estos problemas han sido resueltos.
- Refiere que si no se le ingresa "realizará alguna locura". Por lo que se le hace una interconsulta a psiquiatría, quien desestima el ingreso ya que su hospitalización en urgencias no coincide de manera directa con un intento de suicidio. No obstante, se le reajusta el tratamiento y se le cita posteriormente.
- El médico responsable no sabe qué hacer, debe seguir atendiendo pacientes. No considera oportuno la ocupación de una cama de urgencias, pero tampoco cree que la paciente pueda irse sin nadie que la supervise.
- Dana se queda ocupando una cama de una observación de urgencias.

Priorizar los problemas detectados y analizarlos con orden.

- Dana precisa de un seguimiento médico, y de supervisión continua. Su comportamiento no es adecuado, sus conductas suponen un riesgo para su salud.
- Ella quiere ingresar, pero no tiene ningún motivo médico que lo precise.
- No se puede ocupar una cama de urgencias sin causa justificada
- Se trata de una paciente crónica que precisa de otros recursos

Factores, circunstancias, principios y argumentos que entran en conflicto

- Autonomía.** Dana a priori, puede tomar por sí misma sus propias decisiones. La drogodependencia y el consumo de alcohol no figuran como causa directa de incapacitación, pero pueden dar lugar a enfermedades o deficiencias físicas o psíquicas que determinen una incapacitación si no puede gobernarse por sí misma.
- Beneficencia.** Dana necesita adoptar otras conductas para que su estado de salud mejore. El ingreso en un centro de desintoxicación, o el conectarla con otros servicios de ayuda puede beneficiarla.
- No maleficencia.** No se puede ignorar la situación que comenta la paciente. Ya que la omisión de lo que la paciente refiere conlleva el no abordaje de un problema que puede tener lugar en un futuro.
- Justicia.** No es justo que se ocupe una cama de urgencias sin criterio médico que lo justifique. Pero tampoco se puede dar el alta sin haber establecido quien va a llevar a cabo la supervisión de Dana.

Árbol de acción.

- Se le da el alta a Dana, independientemente de lo que refiera, sus patologías están estables, no precisa ingreso hospitalario.
- Se le remite a la trabajadora social nuevamente para que le tramite ayudas socioeconómicas.
- Se queda en el hospital.
- Se busca un centro acorde a sus necesidades.

Análisis de los cursos de acción.

Darle el alta a Dana, puede llevar a cuestionar si se trata de una omisión del deber de socorro, ya que se trata de una persona en situación de desamparo y en peligro manifiesto, tanto por sus conductas de riesgo, como por la idea que verbaliza de realizar alguna locura. Por tanto, darle el alta sin un seguimiento posterior parece inadecuado.

Remitirla a la trabajadora social nuevamente, puede conllevar a un nuevo fracaso en cuanto a continuidad de cuidados y garantizar que se adopten unas conductas saludables.

A pesar de ello, quedarse en el hospital por qué la paciente lo solicite, no es oportuno ni congruente. No se puede ocupar camas sin motivo y mucho menos cuando hay otros pacientes como en este caso que precisan de asistencia urgente tras un accidente de múltiples víctimas. Urgencias es un servicio destinado para recibir, estabilizar y atender al paciente que requiere de atención médica inmediata que ponga en peligro la vida de la persona o la función de un órgano. Una vez estabilizados los pacientes deben ser trasladados a otros servicios o dados de alta. (30,31)

Y la idea de buscar un centro acorde a sus necesidades parece la más correcta. Ella quiere ingresar, y realmente puede beneficiarse de las pautas y cuidados que en ellos se prestan.

Implementación de las elecciones admitidas como posibles soluciones

Dejar a Dana en urgencias, es una acción errónea desde el punto de vista de utilidad de los servicios de urgencias, ya que no es el servicio más indicado para que permanezca con supervisión y continuidad de cuidados.(30,31) Es una paciente crónica y estable. De hecho, buscar un centro de acorde a su edad, y sus antecedentes puede ser una tarea que se dilate en el tiempo.

Revaluar y comprobación de la consistencia de las decisiones tomadas

Este caso se debe de abordar de inmediato y de manera multidisciplinar. Se trata de una paciente joven, que no cumple criterios médicos de hospitalización, y que a su vez tampoco cumple con la edad que se solicita para ingreso en centros sociosanitarios de mayores. Sin

embargo, precisa de ayuda y supervisión para el mantenimiento de su salud, y la adopción de conductas seguras. No cuenta con apoyo familiar, y su capacidad de decisión parece conservada, aunque sus actitudes no sean las más correctas en cuanto a beneficios para su propia salud.

5. DISCUSIÓN DE LOS CASOS

CASO 1

En este caso, es muy difícil a priori, ir en contra de las decisiones que la paciente ha tomado previamente de manera autónoma. No obstante, atendiendo a la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; las decisiones deberán "adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente".(32)

De este modo, se busca la opción menos maleficiente para ella. Su abandono absoluto sería lo más perjudicial para su salud, y la idea de proporcionarle unos cuidados de acorde a sus necesidades en un centro sociosanitario, sería entendida como una opción intermedia.

Con respecto a los hijos, podemos decir que el artículo 143.2 del Código Civil, hace referencia a la obligación de los hijos de cuidar a sus padres. Dicho artículo recoge la obligación de ascendientes y descendientes de prestarse alimentos. Especificándose en el artículo 142, todo lo que se considera "alimentos", e incluyéndose la asistencia médica. (27) Por tanto los hijos tienen el deber de responsabilizarse en garantizar el cuidado de su madre, independientemente de que lo lleven a cabo de manera directa o indirecta. Aunque posteriormente una tercera persona o un centro sea el que realice las tareas necesarias para suplir los cuidados que precisa.

En relación a ello, se puede hacer mención a la sentencia del Tribunal Supremo 459/2018, del 10 de octubre, "en el cual se establece que los hijos tienen una obligación superior a la moral de atender a sus padres, cuando estos no se pueden valer por sí mismos, en reciprocidad con la atención que en otro momento recibieron los hijos de los padres." (33)

Con respecto a la eutanasia, la Ley Orgánica 3/2021 reguladora de la Eutanasia (LORE), recoge como requisitos indispensables que la paciente lo hubiera solicitado con plena capacidad por 2 veces, (con un intervalo de 15 días), o haberlo pedido en un documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas si se ha perdido ya la capacidad. Y a su vez, recoge que es necesario que la paciente fuera conocedora de toda información sobre las alternativas posibles en su caso. (34)

En este caso, Gazmira, sufrió un accidente cerebrovascular isquémico de la arteria cerebral media izquierda de manera repentina. Nunca llegó a formalizar sus voluntades, y en el momento actual no tiene la capacidad de expresar sus preferencias, ni es capaz de entender y gestionar ningún tipo de información que se le comunique.

En relación con el ocupar una cama hospitalaria, sin criterio para ello, se puede decir que esto influye socialmente para mal. Ya que en épocas de mayor afluencia no hay disposición de camas, teniéndose, por ende, que desprogramar algunas pruebas, quirófanos, y estudios porque no hay camas físicas donde alojar a los pacientes. (35)

Por otro lado, en contra de la ocupación sin criterio de camas hospitalarias, se puede decir que una plaza en un hospital le cuesta a la sanidad pública una media de 700 euros diarios, mientras que la plaza sociosanitaria varía entre los 90 y los 150 euros al día. (36)

CASO 2

En este caso entraba en conflicto la capacidad de decisión del paciente y su autonomía, contra la consideración médica de "paciente frágil o vulnerable".

Ruperto fue considerado como un paciente frágil que merecía una atención especial debido a su edad, mayor de 80 años y a la posibilidad de que le volviera a suceder un hecho parecido al que había sufrido, y que no tuviera a nadie que pudiera socorrerlo. Además, cumple con otros factores que se utilizan para valorar la fragilidad de cualquier anciano. Vive solo, ha tenido una caída reciente, preciso de un ingreso hospitalario en el último año, e insuficiente soporte social. (37)

La ley 41/2002 dice que "el paciente tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles". (32)

Pero también la misma ley recoge que "los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo". Por tanto, este caso es una de las excepciones que la ley había tenido en cuenta cuando se formuló.(32)

Se puede hacer referencia al concepto de salud y de calidad de vida. Para el personal médico Ruperto gozaba de salud, y tenía calidad de vida. Pero para Ruperto el estar hospitalizado le producía enfado y angustia. Su calidad de vida no era recibir todas las atenciones que precisaba, sino el poder hacer las cosas por si solo en su hogar, el poder decidir el cuándo y el cómo llevaba a cabo sus tareas.

En los hospitales se siguen unas directrices y unos horarios para el buen funcionamiento de la actividad asistencial. Baños por la mañana, comidas en franjas horarias, apagar y encender las luces en determinados intervalos de tiempo... (38) Todo ello sin contemplar las preferencias que Ruperto tenía, ni las actividades que él solía desempeñar en su día a día.

Por otro lado, y en relación con las ayudas en su domicilio, se puede considerar que actualmente son escasas. Los ayuntamientos cuentan con poco personal de ayuda a domicilio, y las listas de solicitud son extensas. Además, las ayudas se limitan a dos o tres días a la semana. (13)

En cuanto a las visitas por parte de atención primaria a los domicilio, es inapropiado acudir a un domicilio a valorar a un paciente sin patologías que lo precisan. "Se considera un criterio de exclusión, el realizar visitas sucesivas a un mismo paciente sin criterio médico justificado". La actividad asistencial en domicilios se limita a situaciones de imposibilidad para desplazarse a los centros sanitarios. (39)

Con respecto a las organizaciones sin ánimo de lucro que se encargan del acompañamiento de personas mayores, son escasas, principalmente por no ser actividades remuneradas.

La teleasistencia en este caso no era viable, ya que Ruperto no manejaba las nuevas tecnologías, y su instalación precisaba de una red de teléfono e internet, suponiendo esto un gasto adicional para Ruperto. (40)

El desenlace del caso es sorprendente y quizás evitable a priori. Poniéndose de manifiesto el necesario abordaje de estos problemas de manera correcta y la necesidad inmediata de buscar soluciones y alternativas desde que se conocen.

CASO 3

Al analizar este caso, se pone de manifiesto que la adaptación de los centros sociosanitarios a las necesidades de los pacientes juegan un papel muy importante.

De acuerdo a la *Resolución del 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*; no es obligatorio que todos los centros cuenten con los mismos servicios asistenciales. Siendo opcionales algunos como los servicios de terapia ocupacional, la atención social, la atención psicológica y/o pedagógica, las actividades fisioterapéuticas y rehabilitadoras, entre otras muchas.(41)

Por tanto en ocasiones, los pacientes y los familiares deben ser conocedores de las actividades y recursos ofrecidos por cada centro, y se les debe brindar la opción de elegir. No se trata solo de conseguir una plaza en un centro y asentir de manera obligada para no perderla, se deberían valorar otros criterios y factores que pueden beneficiar a la salud de los pacientes.

Con respecto al hecho de que los hospitales se colapsen y saturen, se puede despertar el dilema de si es justo o no que un paciente u otro ocupe una cama. Las decisiones deben ser prudentes, todas las personas hospitalizadas lo han hecho por un determinado motivo, y deben prestársele atención a todos por igual sin ningún tipo de perjuicio o discriminación. Si

bien los problemas de ocupación inapropiada de camas se deben abordar, y se deben derivar a los centro o hospitales de crónicos que están preparados para ello.

Urdaneta refiere que el hospital es un conjunto de elementos humanos, materiales y tecnológicos organizados adecuadamente para proporcionar asistencia médica: preventiva, curativa y rehabilitación, a una población definida, en las condiciones de máxima eficiencia y de optima rentabilidad económica.(42) Pero la necesidad asistencial en los últimos años está en ascenso, y los medios físicos no aumentan de manera exponencial ni en relación a la demanda asistencial. Dando por consecuencia a la saturación de los hospitales. La velocidad de ingreso en determinadas épocas del año es superior a la de altas médicas con el consiguiente colapso hospitalario.(30)

CASO 4

En este caso todo el peso y la responsabilidad de la toma de decisiones recae en el personal médico. Es muy difícil actuar de acuerdo a la autonomía y beneficencia de la paciente, cuando esta no puede expresar sus idea, y se desconoce que quería previamente a que llegara a ese estado.

Por otro lado, el dilema del abandono de los mayores en los hospitales españoles, en un tema en auge, favorecido por la falsa creencia de que de esta forma se agilizan los papeleos, o la entrada en un centro sociosanitario.(35,36)

Muchos familiares desbordados por la falta de ayudas económicas y asistenciales se ven sobrepasados. Sufriendo el síndrome del burnout. Un estado de agotamiento físico, emocional y mental. Los familiares cambian su vida, dejan de hacer cosas para dedicarse a sus familiares enfermos, y en ocasiones perciben que sus esfuerzos son en vano, ya que sus familiares no mejoran. De tal forma que entran en una situación de auto-cuestionarse si lo que hacen lo hacen de forma correcta. Llegando a tener frustración por las situaciones que viven e incluso teniendo sentimientos de odio hacia la persona que cuidan.(43,44)

Como se ha comentado el Código Civil recoge que los hijos deben encargarse de sus padres de manera reciproca a como ellos lo hicieron previamente. Se trata además de una norma

moral aceptada de manera generalizada. (27,33) Además hay una Regla de Oro que constituye la base ética de muchos de los comportamientos, "trata a los demás como te gustaría que te trataran a ti"(45). De esta cita se puede extraer que al igual que no sería deseable que nos abandonasen, no podemos dejar sin proporcionarle unos cuidados a una persona que realmente los precisa.

En este caso, también se hace referencia de manera indirecta a la capacidad y a los recursos que cuentan los centros socio-sanitarios. Poco personal, recursos escasos, pocas o ningunas zonas de aislamiento, incluso como nombramos en el caso 3, determinados servicios que no tienen algunos centros.(29)

Las decisiones de iniciar una sedación terminal, también son complicadas. Implica la utilización de analgésicos y sedantes para que los pacientes no sufran, se inician en términos generales cuando existe un síntoma intolerable que no responde ni siquiera a las mejores terapias o tratamientos. (34) Supone el inicio de un camino de no retorno hacia el final de la vida. Para el personal médico supone un acto de responsabilidad moral decidir cuándo es el final de la vida de una persona.

Así mismo el hecho de que se ocupe inapropiadamente una cama por un paciente crónico, también está presente en este caso. Lo que al tener curas y precisar de un alto nivel de cuidados, la justificación de su ingreso hospitalario suele ser más argumentada, sin llegar a cuestionar incluso que la ocupación hospitalaria no sea precisa o de acuerdo con las necesidades de la paciente. Ya que podemos decir que es muy difícil encontrar centros que lleven a cabo el manejo de este tipo de pacientes. (29)

Por ejemplo, en casos de desnutrición suele ser preciso colocar una vía venosa (periférica o central) para hidratación o una sonda nasogástrica, y en algunos casos se opta por la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG).(46,47) Sin embargo, muchos centros no están capacitados para llevar a cabo estas técnicas o incluso para manejar estos dispositivos. (29) No disponen de enfermeros, ni técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, tan solo cuentan con gerocultores, cuya formación en términos generales suele ser inferior, centrada concretamente en los cuidados de las personas de la tercera edad, sin indagar en técnicas ni procedimientos médicos. Sus tareas van encaminadas a la higiene personal de las personas, a

asistir en el proceso de alimentación de los pacientes más independientes, ayudar en los cambios posturales y en los traslados de los pacientes con problemas de movilidad.(48)

Y para finalizar la discusión de este caso hay que hacer referencia a la necesidad de reevaluar los casos. En una primera situación la paciente es un alta administrativa, con unos cuidados crónicos. Pero cuando precisa de cuidados agudos por un empeoramiento de su estado, cambia nuevamente su juicio diagnóstico, deja de ser un alta y pasa a ser una paciente que presenta un deterioro del estado general.

A nivel burocrático suele ser un problema la asignación de médico en casos de empeoramiento de los pacientes y a la hora de gestionar la medicación que los pacientes precisan. Siendo necesario explicar y comunicar que aunque los pacientes estén dados de alta, continúan ingresados, sin abandonar los servicios pertinentes, y por tanto a pesar de que sea contradictorio deben seguir recibiendo cuidados, y se les debe proporcionar el tratamiento que necesitan.

CASO 5

En este caso se presenta la historia de una paciente que quiere ingresar a pesar de estar estable, y que sus patologías actuales no sean motivo de ingreso. Por un lado, sus antecedentes personales y su situación socioeconómica son malas. Se puede llevar a deslumbrar cierta situación de desamparo.

No obstante, Dana, es la principal decisora de las acciones que le han empujado hasta esta situación. Sus hermanas le han negado el apoyo familiar al ver que su hermana no realiza un cambio conductual.

La actuación de las familias ante la persona que presentan cualquier tipo de adicción puede tener un valor terapéutico muy significativo. Sin embargo, los familiares en ocasiones se ven desbordados, sin saber cómo iniciar las conductas de cambio de actitudes.(43,44)

La incapacitación o los ingresos involuntarios suelen plantearse al abordar estos tipos de problemas. Sin embargo, como se comentaba previamente, el consumo de tóxicos no es motivo de incapacitación o ingreso, a no ser que este en riesgo la vida de la paciente.(49)

De todas formas, en este caso la paciente quiere ingresar de forma voluntaria. No obstante, en ningún momento se hace alusión a un compromiso por parte de Dana a la desintoxicación o deshabituación. Su motivación de decisión de ingreso deriva de la mala situación económica, y de la posibilidad de vivir en la calle nuevamente. Este hecho presupone la aparición de un posible problema.

Cuando la paciente quiera llevar a cabo sus hábitos habituales (fumar/beber) y no se le permitan, pueden aparecer situaciones de conflicto que pueden dar lugar a la solicitud de alta voluntaria por parte de la paciente. O, por el contrario, la paciente puede llevar a cabo estas prácticas en contra de la ley, por lo que se precisará que se le notifique a las autoridades oportunas, llegándose incluso a poder judicializar los casos.

La Ley 42/2010, del 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, del 26 de diciembre, recoge que "está prohibido fumar en establecimientos sanitarios, así como en los espacios al aire libre o cubiertos, comprendidos en sus recintos".(50) Con respecto a otros tóxicos y drogas el Código Penal en su artículo 368, castiga como delitos la posesión y el consumo ilegal.(51) De hecho, en el preámbulo de la ley 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas, se hace alusión a la gravedad de la situación y la necesidad de abordar estos problemas, ya que el consumo inadecuado y excesivo, así como la falsa percepción de su inocuidad en la salud, son graves problemas sociales.(52)

De manera general, podemos llegar a la conclusión de que la paciente precisa de ayuda para garantizar la continuidad de los cuidados que requiere. Las dudas aparecen cuando se intenta identificar cual es el lugar indicado para brindarle ayuda. Dadas las circunstancias de no apoyo familiar y carencia de domicilio propio, parece lo más indicado un centro.

Pero el centro que se le ofrezca debe ser acorde a sus adicciones y tratar sus patologías de base. Así mismo exige un compromiso por parte de la paciente. La ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos recoge que los pacientes deben

cumplir todas las especificaciones e indicaciones que se le den, y que deben someterse a las determinaciones toxicológicas que le sean indicadas. Y en caso de negativa al tratamiento, se considerará como abandono de este, determinando la baja y abandono de los centros.(53)

Con respecto a la ocupación innecesaria de camas de los servicios de urgencias, poco más se puede añadir. En épocas de mayor afluencia las urgencias hospitalarias se ven desbordadas, por tanto, es necesaria una correcta gestión de las camas disponibles.(30)

6. DISCUSIÓN GENERAL

Parafraseando a la Madre Teresa de Calcuta, podemos decir que "el sentirse no querido, no cuidado y abandonado por todos es también una enfermedad".(54)

El manejo de los pacientes denominados como altas administrativas, problemas o distocias sociales presupone desde el punto de vista ético, un conflicto de valores.

Para abordarlos y tomar decisiones, es necesario analizar los principios éticos que entran en conflicto y conocer cada caso en particular. Valorando todos los factores, circunstancias y componentes que tienen un peso significativo a la hora de tomar decisiones.

Obviamente nunca hay una única solución o decisión correcta. Cada situación debe ser estudiada. No existe una ecuación o plan de acción concreto que se pueda estandarizar y aplicar a todos los pacientes. Los arboles de acción descritos en este trabajo son un mero resumen de todas las decisiones que se podrían llevar a cabo, de tal forma que quizás la solución a cada caso sería la suma de diferentes actuaciones. Si bien es necesario aclarar que cualquier caso puede tener varias formas de resolverlo, y no por ello, dejan de ser correctas, entrando en juego la reevaluación de los casos posteriormente.

Normalmente a la hora de abordar los casos, se intenta garantizar mínimamente el principio de no maleficencia y el de justicia. En todos los casos podemos observar como nunca se desampara a los pacientes, se garantizan sus cuidados, independientemente de que se lleven a cabo en un centro hospitalario o en un centro socio sanitario.

A lo largo del trabajo sí que se pone de manifiesto las dificultades que se encuentra el personal sanitario de cara al alta, por no tener forma de garantizar que los pacientes continúen con las pautas preestablecidas.

La situación familiar puede ser un criterio importante al planificar tratamientos y cuidados. A nivel familiar, podemos ver que el apoyo que se les da a los pacientes es un eslabón muy importante. Pero, en ocasiones, las familias están desbordadas. La falta de ayudas socio-económicas, las enfermedades degenerativas y las conductas conflictivas y de riesgo, son las principales causas de desgaste a nivel familiar. (13,43)

La Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se ha creado para hacer frente a este tipo de situaciones. En ella se recogen tanto las ayudas a cuidadores no profesionales, como de profesionales e incluso se hace referencia a organizaciones y centros de carácter privado y público. (55) No obstante, su solicitud y aprobación suele dilatarse en el tiempo.

Según los datos del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD), que publica el IMSERSO, la media para responder a las solicitudes de esta ley es de 432 días. Poniéndose de relieve la situación de desespero derivada de no poder gestionar a largo plazo el cuidado continuo de los pacientes sin ningún tipo de ayuda. (56)

Con respecto a los centros sociosanitarios, según la página oficial del Gobierno de Canarias, en el apartado de la Red de Centros y Servicios de Dependencia, podemos observar que Canarias cuenta tan solo con 377 recursos de este tipo . Pudiendo desglosarlos de la siguiente forma: 36 en el Hierro, 36 en la Gomera, 44 en La Palma, 195 en Tenerife, 188 en Gran Canaria, 54 en Lanzarote, 47 en Fuerteventura y 0 en la Graciosa. El sumatorio de los recursos por separado es mayor que los recursos totales, ya que muchos de los recursos son compartidos en las islas, tratándose por tanto de un único recurso. (57)

Dentro de los servicios que se ofrecen se pueden citar la asistencia a domicilio, los centros de día, los centros de noche, los centros residenciales, los centros de rehabilitación psicosocial, los centros ocupacionales, los hogares funcionales, los centros de atención temprana, los

servicios de teleasistencia, los servicios de promoción de la autonomía y las viviendas tuteladas.

A nivel social, las plazas ofertadas son reducidas en comparación a la demanda de ayudas que se solicitan.

Otro problema que refieren los familiares es la inadaptabilidad de los domicilios a la situación de los pacientes, lo que complica más el poder llevar a cabo unos cuidados integrales de los pacientes. Dentro de la no accesibilidad a los domicilios, se puede mencionar: escaleras dentro del domicilio, aseos pequeños, bañeras altas, puertas y pasillos estrechos. Siendo barreras arquitectónicas reales que no permiten que los pacientes puedan volver a su domicilio.(58)

Y, para terminar la discusión, a modo de conclusión general, es preciso hacer alusión a que a la hora de analizar cada caso es necesario utilizar unos métodos holísticos e individuales, centrados en cada paciente. De tal forma, que no solo se estudie cada suceso, sino que junto al abordaje de las patologías que presenta el paciente, se tengan en cuenta sus necesidades sanitarias y sociales, sus preferencias personales y los límites de la asistencia sociosanitaria en los diferentes niveles asistenciales.

7. PROPUESTAS DE MEJORA PARA ABORDAR ESTAS SITUACIONES

Teniendo en cuenta la repercusión de estas situaciones a nivel social y sanitario, es necesario proponer medidas que favorezcan el manejo de los pacientes denominados como altas administrativas una vez que no cumplen criterio para permanecer en hospitales de agudos. La coordinación socio sanitaria es a priori la clave para asegurar la continuidad asistencial.(13,59)

Actualmente, en la comunidad autónoma de Canarias, la Consejería de Sanidad es el órgano al que corresponde la coordinación hospitalaria en general; mientras que la Consejería de Derechos Sociales, Igualdad, Diversidad y Juventud, es la que aborda los temas relacionados con dependencia y discapacidad, así como los asuntos relacionados con la protección a la

familia, siendo competencia de esta última la creación de centros sociosanitarios. Habitualmente estas trabajan por separado, aunque compartan objetivos similares o relacionados, de tal forma que se pone de manifiesto la necesaria coordinación de ambas consejerías, o la creación a parte de una sola que abarque de manera más profunda los temas relacionados con la sanidad y la dependencia.

La magnitud del problema es alarmante, a día de hoy se ocupan en los hospitales de manera permanente unas 300 camas destinadas a la atención habitual de pacientes. Si el número de altas administrativas continua en ascenso, y no existe ningún otro recurso con el que poder abordar estas situaciones, los hospitales corren el riesgo de colapsar.

Dentro de las medidas para abordar estas situaciones nos encontramos, en primer lugar, la identificación temprana de los pacientes que pueden ser sucedáneos a ser altas administrativas, con el fin de realizar un abordaje temprano y agilizar la gestión de ayudas socioeconómicas. (13,59)

Por otro lado, la creación de hospitales de crónicos o de unidades de larga estancia, para pacientes que requieren un manejo complejo, y que no pueden ser tratados en residencias convencionales. Estos hospitales de nueva creación deben contar con especialidades como la Geriátrica, la Rehabilitación y los Cuidados Paliativos.

Fortalecer por parte de la Atención Primaria la atención domiciliaria y crear una atención integral y coordinada entre la Atención Primaria, los hospitales de enfermos críticos y los hospitales de crónicos. (13,59)

Ayudaría a la hora de tomar decisiones el conocer las preferencias previas de los pacientes. Por tanto, es de vital importancia, que el personal sanitario mantenga con los pacientes conversaciones que permitan ir construyendo una planificación anticipada de sus cuidados ajustada a sus deseos y necesidades.(59)

El incremento de servicios de asistencia a domicilio, centros de día, centros de noche, centros residenciales, centros de rehabilitación psicosocial, centros ocupacionales, hogares funcionales, centros de atención temprana, servicios de teleasistencia, servicios de promoción de la autonomía y viviendas tuteladas, también es necesario. (57)

A todos estos servicios previamente nombrados, se les debe dotar con medios y personal cualificado, capaces de manejar de forma competente situaciones complejas.

El aumento de personal que se encarga de gestionar y valorar a los pacientes que solicitan la Ley de la dependencia, también ayudaría notoriamente a evitar estas situaciones. Es obvio que un aumento de personal no supone el aumento de plazas en centros, pero sí que exista un preámbulo para que se incrementen las ayudas, y haya la necesidad de crear más centros.

El voluntariado para abordar el problema de los pacientes que necesitan supervisión para garantizar la continuidad de cuidados puede también desempeñar un papel importante. Se debe promover entre los jóvenes el aprendizaje de los cuidados a los mayores y, en general, a las personas dependientes. Incluir actividades de este tipo en algunas carreras universitarias o formación profesional cobra vital importancia, no solo para concienciarnos de que todos vamos a llegar a ser mayores, sino también de las carencias y dificultades que presentan tanto las personas mayores como las personas dependientes.

Estas tareas también pueden ser consideradas como trabajos en beneficio de la comunidad. Pudiéndose encomendar a aquellas personas que hayan cometido delitos leves como pena.

Dando por finalizadas las propuestas de mejoras para abordar los diagnósticos de altas administrativas, se hace necesario reflejar que la sociedad debe utilizar los recursos sanitarios de manera apropiada.

Además, en línea con lo anterior, se puede afirmar que a nivel comunitario existe un gran desconocimiento de cómo gestionar determinadas situaciones a nivel asistencial, a quien se debe remitir a los pacientes para solicitar ayudas, que es necesario y las pautas que se deben seguir. (60)

8. CONCLUSIONES

- ✓ Las altas administrativas en el sistema sanitario español son un problema en auge.

- ✓ Los pacientes que padecen estas situaciones son aquellos que necesitan de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria, y que por determinadas circunstancias sus familiares no pueden continuar prestándoles atención asistencial, incluso en ocasiones carecen de familiares o personas de referencia que puedan ayudarles.
- ✓ Entre las principales características de la sociedad actual que pueden desencadenar el abandono de pacientes vulnerables , se pueden destacar las siguientes: vivimos en una sociedad utilitarista, se ha extendido un modelo de familia nuclear; además, existen multitud de problemas para compatibilizar la vida familiar con la laboral, y las situaciones socioeconómicas a nivel general en España son complicadas y las ayudas escasas.
- ✓ El abordaje de estas circunstancias debe ser temprano, desde el momento que se detecten indicios de que los pacientes vayan a sufrir esta situación. Esto conlleva una valoración holística continua y precoz de los pacientes, en la que hay que tener en cuenta los recursos con los que cuenta el paciente de cara al alta y los conflictos de valores que se pueden presentar.
- ✓ La coordinación socio sanitaria es a priori la clave para asegurar la continuidad asistencial.
- ✓ Cobra vital importancia la revaluación y comprobación de la consistencia de las decisiones tomadas para garantizar la continuidad de cuidados de estos pacientes.
- ✓ Se deben promover y garantizar propuestas de mejoras para tratar estos asuntos y que los pacientes que padecen estas situaciones reciban unos cuidados de acorde a sus necesidades en lugares específicos y con personal cualificado que garanticen la continuidad de sus cuidados.
- ✓ Las resolución de estos problemas, no se deben dilatar en el tiempo.
- ✓ La sociedad debe conocer el alcance de estos problemas, y se debe implicar en el cuidados de los más vulnerables.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. abandono | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/abandono>
2. BRUNA, Miguel; REINOSO, Zoila; SAN MARTÍN, Ruth. El abandono una problemática en el adulto mayor. *Editorial Aguilar, Madrid, España, 2013.*
3. BERGAÑO ANDRADE, Nazly. Impacto y causas del abandono familiar en adultos mayores residentes en el centro de bienestar del anciano el Carmen. Universidad del Quindío, Colombia 2018. [Internet]. [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://bdigital.uniquindio.edu.co/handle/001/6095>
4. BOE-A-1995-25444 Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. [Internet]. [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25>
5. Edadismo: El aislamiento de ancianos, otra forma de maltrato social | Público [Internet]. [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.publico.es/sociedad/edadismo-aislamiento-ancianos-forma-maltrato-social.html>
6. La Junta ampara a 578 mayores bajo su tutela ante el abandono de sus familiares – Solidaridad Intergeneracional [Internet]. [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://solidaridadintergeneracional.es/wp/la-junta-ampara-a-578-mayores-bajo-su-tutela-ante-el-abandono-de-sus-familiares/>
7. Denuncian el abandono de una mujer de 82 años en Urgencias del Reina Sofía - La Opinión de Murcia [Internet]. [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.laopiniondemurcia.es/murcia/2019/01/14/denuncian-abandono-mujer-82-anos-31523142.html>
8. El drama de los ancianos abandonados por sus familias en un hospital | Diario De España | EL PAÍS [Internet]. [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: https://elpais.com/politica/2018/03/26/diario_de_espana/1522092904_996135.html
9. IDIAKEZ, Itziar Alkorta; ESNAOLA, Maialen Aizpurua. Relaciones familiares: las nuevas relaciones de las personas mayores en el ámbito familiar. En *Tratado de derecho y envejecimiento: la adaptación del derecho a la nueva longevidad*. Wolters Kluwer España, 2021. p. 221-255.
10. NAVARRO, Elena Zarraluqui. Matrimonio y otras relaciones de convivencia semejantes: separación y divorcio. En *Tratado de derecho y envejecimiento: la adaptación del derecho a la nueva longevidad*. Wolters Kluwer España, 2021. p. 289-321.

11. GARCÍA, M^a Concepción Nicolás. Conflictos en las relaciones familiares. En *Tratado de derecho y envejecimiento: la adaptación del derecho a la nueva longevidad*. Wolters Kluwer España, 2021. p. 257-287.
12. La familia «perfecta» - HealthyChildren.org [Internet]. [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/family-life/family-dynamics/Paginas/the-perfect-family.aspx>
13. CASABONA, Carlos María Romeo at at. *Tratado de Derecho y Envejecimiento La adaptación del Derecho a la nueva longevidad*. Wolters Kluwer España, 2021.
14. problema | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/problema?m=form>
15. social | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/social>
16. distocia | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/distocia>
17. SANITARI, Comitè d'Ètica Assistencial Parc; DE DÉU, Sant Joan. Adequació de mesures i distòcia social. *Bioètica & debat: tribuna oberta de l'Institut Borja de Bioètica*, 2013, vol. 19, no 68, p. 21-23.
18. BOE-A-2014-7684 Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración. [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2014-7684>
19. TUBAU, Joan Mir, et al. Principios de ética biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. *Bioètica & debat: tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica*, 2011, vol. 17, no 64, p. 1-7.
20. HOYOS, Jose Gilberto Osorio. Principios éticos de la investigación en seres humanos y en animales. *Medicina (B Aires)*[Internet], 2000, vol. 60, no 2, p. 255-8.
21. BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*. Edicoes Loyola, 1994.
22. SIURANA APARISI, Juan Carlos. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, 2010, no 22, p. 121-157.
23. Amaro Cano, M. D. C., Marrero Lemus, A., Luisa Valencia, M., Blanca Casas, S., & Moynelo, H. (1996). Principios básicos de la bioética. *Revista cubana de enfermería*, 12(1), 11-12

24. SÁNCHEZ-BARROSO, José Antonio. Vigencia y Operatividad de los Principios de Bioética en la Solución de Problemas a Partir de la Deliberación Moral y de la Argumentación Jurídica. *persona y Bioética*, 2010, vol. 14, no 2, p. 187-204.
25. Júdez J, Paciente D, Vida C DE, Contextuales F, Él Le Preocupa Y Quiere Que Se Analice QA. EL MÉTODO CLÍNICO EL MÉTODO CLÍNICO 2 MÉTODO CLÍNICO: CONSIDERACIONES PRÁCTICAS 2 UN MÉTODO PARA TOMAR DECISIONES CORRECTAS 2 EL MÉTODO CASUÍSTICO CLÍNICO DE JONSEN, SIEGLER Y WINSLADE 4 CASOS CLÍNICOS-TIPO 5 INDICACIONES MÉDICAS 6 PREFERENCIAS.
26. Gracia, D., Jarabo, Y., Espíldora, N. M., & Ríos, J. (2001). Toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Medicina clínica*, 117(5), 179-190.
27. BOE-A-1889-4763 Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1889-4763>
28. LÓPEZ, S.; LÓPEZ-BREA, M. ¿ Qué debemos saber acerca de las infecciones por *Acinetobacter baumannii*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 2000, vol. 18, no 3, p. 153-156.
29. Press E. Expertos avisan de la falta de medios económicos, materiales y de personal en las residencias de ancianos. [citado 10 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://www.infosalus.com/mayores/noticia-expertos-avisan-falta-medios-economicos-materiales-personal-residencias-ancianos-20200722115259.html>
30. TUDELA, Pere; MÒDOL, Josep Maria. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias (St. Vicenç dels Horts)*, 2015, p. 113-120.
31. DE TRABAJO SEMES-INSALUD, Grupo. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. *emergencias*, 2001, vol. 13, p. 60-65.
32. BOE-A-2002-22188 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. [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
33. STS 459/2018, 10 de Octubre de 2018 - Jurisprudencia - VLEX 742287357 [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://vlex.es/vid/742287357>
34. BOE-A-2021-4628 Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-4628>
35. «Esto es muy triste»: la historia de treinta ancianos con el alta médica que siguen ingresados porque sus familias les han abandonado | Actualidad | Cadena SER [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en:

- <https://cadenaser.com/canarias/2022/10/14/es-muy-triste-acabar-asi-treinta-personas-mayores-abandonadas-por-sus-familias-en-el-hospital-de-la-palma-radio-club-tenerife/>
36. Los mayores abandonados en el hospital cuestan 175.000 euros al día - El Día [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.eldia.es/sociedad/2019/11/20/mayores-abandonados-hospital-cuestan-175-22527923.html>
 37. Cantos, A. S., Roig, M. O., Serrano, O. M., & Falco, M. S. Anciano frágil: Guía de Actuación Clínica en AP.
 38. Un día en el hospital - Temas especiales - Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-cl/hogar/temas-especiales/atenci%C3%B3n-hospitalaria/un-d%C3%ADa-en-el-hospital>
 39. Visitas domiciliarias de enfermería en Atención Primaria (Enfermería) | Profesionales [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/programa-general-registro-2013/visitas-domiciliarias-enfermeria-atencion-primaria-enfermer>
 40. Cruz Roja - Teleasistencia [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www2.cruzroja.es/web/teleasistencia>
 41. BOE-A-2022-13580 Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2022-13580>
 42. ALFONSO, Annayka Abad; ZULUETA, M. A.; LAUCIRICA, Á. M. La gestión de intangibles: futura administración de las instituciones hospitalarias. *Res Non Verba*, 2013, vol. 4, no 4.
 43. MORALES SAZO, Mildred Andrea; LEMUS CHÁVEZ, Sigrid Yerena. *Síndrome de Burnout en familiares de 35 a 45 años encargados del cuidado de personas que han sufrido....* 2020. Tesis Doctoral. Universidad de San Carlos de Guatemala.
 44. VALLEJO, K. L.; MOLANO, L. J. Síndrome de “burnout” del cuidador familiar con personas con trastorno psiquiátrico tipo esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura. Repositorio Universidad Antonio Nariño [Internet]. 2021 [citado 19 de noviembre de 2021]. 1990.
 45. ¿Qué es la Regla de Oro? (Mateo 7:12; Lucas 6:31) [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.jw.org/es/ense%C3%B1anzas-b%C3%ADblicas/preguntas/regla-oro/>

46. CALLEJA AGUAYO, E., et al. La PEG:¿Por qué esperar?. *Cir. pediátr*, 2010, p. 24-27.
47. FRIGINAL-RUIZ, Ana Belén; GONZÁLEZ-CASTILLO, Sonia; LUCENDO, Alfredo J. Gastrostomía endoscópica percutánea: una actualización sobre indicaciones, técnica y cuidados de enfermería. *Enfermería Clínica*, 2011, vol. 21, no 3, p. 173-178.
48. GUTIÉRREZ, María Saavedra. La figura del asistente personal en la ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.¿ Realidad o quimera?. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 2018, no 79, p. 181-196.
49. BOE-A-2021-9233 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. [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-9233
50. BOE-A-2010-20138 Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-20138>
51. BOE-A-1995-25444 Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>
52. BOE-A-2015-4847 Ley 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas. [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-4847>
53. BOE-A-2002-14844 Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-14844>
54. Las 80 mejores frases de la Madre Teresa de Calcuta [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://estilonext.com/frases-y-reflexiones/frases-madre-teresa-de-calcuta>
55. BOE-A-2006-21990 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
56. Datos sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) - Conjunto de datos | datos.gob.es [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible

en: <https://datos.gob.es/es/catalogo/ea0028449-datos-sobre-el-sistema-para-la-autonomia-y-atencion-a-la-dependencia-saad>

57. Red de recursos de Dependencia [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en:<https://www.gobiernodecanarias.org/derechossociales/dependencia/servicios/index.html?inicio=150&busqueda=&nombre=&isla=&tiporecurso=&servicio=&titular=&mayores=&discapacidad=>
58. García Barreiro, G., Montero Naviera, J., Montoiro Castro, S., Seoane Fernández, G., & Mayán Santos, J. M. (2004). El mayor y su casa. Barreras arquitectónicas. *Gerokomos (Madr., Ed. impr.)*, 140-146.
59. DE ESPAÑA, Comité De Bioética. Informe del Comité de Bioética de España sobre el cuidado de las personas mayores en el marco del sistema sociosanitario, 2021. [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/CBE_Informe%20sobre%20el%20cuidado%20de%20las%20personas%20mayores%20en%20el%20marco%20del%20sistema%20sociosanitario.pdf
60. Uso Adecuado de los Servicios Sanitarios. - Uso adecuado de los servicios sanitarios - Campaña Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/campannas/campanas10/serviciosSanitarios/uso-servicios-sanitarios.html>