



Mediación familiar: salud y dependencia funcional

M^a Pilar Munuera Gómez.

Profesora Titular de la Esc. Universitaria de Trabajo Social
Universidad Complutense de Madrid

*“Nos guste o no nos guste,
la dependencia
forma parte de nuestras vidas”*

José Ramón Amor Pan

0. Antecedentes

El envejecimiento demográfico, el aumento de la esperanza de vida de la población, la prolongación de la vida por los avances en medicina, son algunas de las características demográficas fundamentales de este siglo que proyectan grandes transformaciones sociales e individuales. Los problemas de salud y necesidad de cuidado no son consecuencia del envejecimiento en sí mismo, sino de la aparición de una serie de enfermedades que se presentan en los últimos años de vida y originan situaciones de dependencia de determinadas personas.

Mucho se ha escrito, en los últimos años sobre dependencia y desafíos a los que debe responder la sociedad en el siglo XXI. A nivel internacional se da la cifra de más de 650 millones de personas en esta situación, de los cuales unos 4 millones de personas se sitúan en España. Podemos decir con estas cifras, que casi la mitad de las familias españolas tienen cerca de sí un problema de dependencia.

Ángeles Durán, realizó un estudio en 2002 sobre el impacto y la repercusión que tiene en las familias la atención a enfermos e incapacitados, con el título “Los costes invisibles de la enfermedad”. Hace hincapié en “los costes no monetarios” de la enfermedad, aquellos que se producen fuera de lo estrictamente sanitario y que corren a cargo de los familiares que cuidan a las personas en situación de dependencia. Este estudio ofrece una síntesis de las investigaciones realizadas en España en la década de los noventa donde uno de los hallazgos más impactantes es la valoración del tiempo que utilizan las familias en el cuidado de sus enfermos realizando la siguiente afirmación: “si el tiempo de atención a enfermos crónicos, por sus familiares, se hiciese por personal contratado, harían falta en España, 650.000 personas a tiempo completo”. Cifras que siguen incrementándose por el aumento de las personas que acceden a una situación de dependencia donde el peso del cuidado de los enfermos y dependientes sigue recayendo en los familiares por la crisis económica del momento.

Las familias en España siguen asumiendo por tradición la atención a personas en situación de dependencia. Han respondido cuidando a sus familiares dependientes desde “un modelo de cuidado

centrado en la mujer como cuidadora principal”. Pero los cambios sociales producidos en los últimos tiempos: de incorporación de la mujer al mercado de trabajo; los nuevos modelos de relación familiar; las responsabilidades laborales de todos familiares; las diferentes localizaciones geográficas de sus componentes; las dificultades de transporte; etc. A los anteriores cambios sociales, hay que añadir cambios culturales y de educación que se visualizan en nuevas políticas de igualdad de género, sistemas educativos que promocionan una cultura de reparto equitativo en la pareja de las tareas domésticas y de los cuidados personales a enfermos y dependientes, etc... Nos encontramos en un proceso donde los resultados se prevén a largo plazo, donde se podría hablar de un “modelo de cuidado compartido”, por todos familiares adultos, sin acentuar el peso en la figura de la mujer y con el soporte de la administración correspondiente. Todos los componentes implicados comparten la necesidad de una participación equitativa, es decir todos deben participar en la medida de sus posibilidades. Las tareas de cuidado serán asumidas por todos sus componentes, desde el “modelo de cuidado compartido” que permite la conciliación de la vida familiar, social, laboral, y otras responsabilidades, dentro de un sistema de protección social facilitado por la administración.

Tanto las personas con discapacidad, como los pacientes y sus familias han comenzado a solicitar y hacer valer sus deseos en la toma de decisiones, ya sea en la consulta o información sobre la enfermedad y su evolución, como en la toma de decisiones que necesitan sean respetadas. Por extensión natural del movimiento de reivindicación de la autonomía del paciente iniciado en Estados Unidos alrededor de la década de los setenta, llamado “el lenguaje de los derechos”, recogidos en la declaración de los derechos del enfermo e implementado en diferentes leyes.

Todo lo anteriormente expuesto plantea la necesidad de participación y creación de diferentes modelos de cuidado apoyados tanto en las familias como en las instituciones sociales y sanitarias. La atención de la administración desde el sistema sanitario y de servicios sociales, ofrecen una cobertura claramente insuficiente dado el número de personas en situación de dependencia y los recursos disponibles en la actualidad. Existen diferencias en la resolución de las peticiones de prestaciones

sociales por dependencia entre comunidades autónomas y dentro de las mismas entre las áreas urbanas y áreas rurales¹. De ahí la necesidad de configurar una nueva realidad de soporte a las familias que les ayude a resolver los diferentes conflictos que encuentran en el cuidado y atención de sus familiares enfermos.

El papel de los profesionales involucrados en el abordaje de la dependencia es básico tanto desde un punto de vista asistencial como ético. La dependencia plantea algunos retos a la sociedad, de carácter sanitario, social y económico, siendo necesario planteamientos que den solución a los diferentes conflictos que tienen planteados las familias tanto en el contexto de salud como de dependencia, que permita consensuar entre las familias las pautas de cuidado que les beneficie y se adapte a las posibilidades de los familiares, de la mano tanto del sistema de dependencia como del sistema nacional de salud.

I. Conceptos claves:

Se considera que tanto la atención a la salud como la atención a la dependencia están en un contexto sociosanitario determinado por la consideración que hagamos de salud. La definición de la Organización Mundial de la Salud define que *la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social*. La OMS, en la conferencia de Ottawa de 1986 relaciona la salud con el contexto donde se desenvuelve la persona: *“La salud se crea allí donde la gente vive, ama, trabaja y juega”*. Estas definiciones se alejan totalmente de aquellas que consideraban a la salud como un estado de “gracia divina” o ausencia de enfermedad, donde la participación del hombre o la sociedad no determinan la existencia de salud.

La consideración de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, nos hace ver la interacción que existe entre enfermedad y dependencia, pues para conseguir salud, debemos

¹ En España sólo el 3,14 por 100 de las personas mayores de 65 años cuentan con un servicio de ayuda a domicilio, el 2,05 por 100 con teleasistencia, y el 0,46 por 100 con una plaza en un centro de día.

conseguir un estado de bienestar integral, donde toda persona tenga cubiertas sus necesidades, entre las que destaca “la necesidad de ayuda o cuidado para poder realizar las actividades de la vida cotidiana”, que tiene toda persona enferma o en situación de dependencia.

Se entiende que la persona con dependencia, pierde su autonomía física para realizar las actividades tanto de la vida diaria como de su cuidado personal. La dependencia engloba dos aspectos. En el primer aspecto, se enmarcan las personas con discapacidades varias (como intelectual, física, sensorial, y psiquiátrica) así como edades muy diversas y no sólo las personas ancianas dependientes. El segundo aspecto incluye elementos clínicos, farmacológicos, sociales, económicos y políticos que tienen profundas implicaciones morales, dando lugar a los siguientes conceptos:

1. Dependencia física: Cuando se ha perdido el control de las funciones corporales y la interacción con los elementos físicos del entorno. Entre algunos casos se encuentran: las consecuencias de la esclerosis múltiple, las secuelas producidas por un traumatismo cerebral, las limitaciones tras un accidente cerebro vascular o ICTUS, o accidente (de tráfico o laboral), etc.

2. Dependencia psíquica o mental: Donde se pierde la capacidad de decidir o razonar adecuadamente sobre sus problemas o tomar decisiones ecuanimes sobre su vida. Por ejemplo: personas con discapacidad mental, enfermedad mental, demencia, enfermedad de Alzheimer, etc.

3. Dependencia sensorial: Se tiene alguna alteración en los sentidos, principalmente en el sentido de la vista y del oído. Esta situación, además de las barreras de accesibilidad de la sociedad ocasionan dificultades en la vida de la persona con dependencia sensorial (en desplazamientos, leer, realizar las tareas domésticas, conducir, trabajar, etc.). Por ejemplo: ceguera por retinosis pigmentaria, ceguera por diabetes, sordera en niños a causa de una meningitis, etc.

4. Dependencia mixta: Se inicia a partir de una enfermedad, que ocasiona disfuncionalidad de diversa índole, es decir, dependencia

física con afectación de la movilidad asociada a problemas Sensoriales, con afectación de habla, dificultad de ingesta de alimentos y reducción de comunicación con su entorno. En este tipo de dependencia se encontraría las personas afectadas de parálisis cerebral, enfermedad de Parkinson, etc...

Se establecen tres grados de dependencia, de menor a mayor:

Grado I: Dependencia moderada, la persona necesita ayuda para realizar gran parte de las actividades de la vida diaria, como mínimo una vez al día o tiene necesidad de ayuda intermitente o limitada por su autonomía personal.

Grado II: Dependencia severa, donde la persona necesita ayuda para realizar gran parte de las actividades de la vida diaria dos o tres veces al día, pero que no requiere la presencia permanente de un cuidador, o necesita una ayuda extensa para su autonomía personal.

Grado III: Gran dependencia, considerada cuando la persona necesita ayuda para realizar gran parte de las actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, y necesita la presencia continuada y necesaria de otra persona.

Las personas mayores suelen ser las más afectadas, aunque las causas son múltiples entre las que mencionamos: el envejecimiento, las disminuciones, los accidentes, las enfermedades crónicas, etc.

La enfermedad del hombre implica una serie de problemas, no solamente individuales, sino de orden familiar. Por una parte, la necesidad de asistencia al enfermo, acompañamiento tanto en el domicilio como en el hospital. Por otro lado, las alteraciones que su enfermedad puede acarrear a la familia desde diferentes aspectos: afectivo, social, laboral o económico, por el aumento de los gastos ocasionados por la dependencia o la disminución de los ingresos al ser la persona enferma o dependiente la que sostenía económicamente a la familia.

Para intervenir en mediación en salud y en situaciones de dependencia, es imprescindible conocer el derecho sanitario español, la organización sanitaria (atención primaria, atención especializada, hospitalaria,...), como los términos o conceptos usados (si se desconocen estas materias se puede contar con un profesional que oriente en los mismos).

II. Marco jurídico

La Carta Social Europea, redactada en Turín en 1961, reconoce los derechos civiles y políticos de los ciudadanos, establece que: *Toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar.* Posteriormente la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (13 de diciembre de 2006) desarrolla los derechos de las personas con diversidad funcional y la responsabilidad de la sociedad en el mantenimiento de las barreras que dificultan su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones.

Los artículos 49 y 50 de la Constitución Española de 1978, recogen la labor de los poderes públicos de garantizar el bienestar de las personas en situación de dependencia. Posteriormente la ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, regula la creación de un sistema nacional de dependencia con la colaboración y participación de todas las administraciones públicas. Se reconoce un nuevo derecho de ciudadanía en España: la protección social del estado para las personas que no se pueden valer por sí mismas garantizándose una serie de prestaciones sociales.

En materia sanitaria, la ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril, recoge y amplía los derechos del enfermo en su art. 10, especialmente respecto al derecho a la información (lo que da lugar al “consentimiento informado”). En su art. 11 quedan reflejados los deberes del enfermo, las obligaciones de los ciudadanos con las instituciones y organismos del sistema sanitario. Ley renovada por la ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información

y documentación clínica, entra en vigor el 16 de Mayo del 2003, y cambia por completo el panorama del consentimiento informado. Leyes que han derivado en el origen de un marco jurídico autonómico como la ley 12/2001 de 21 de diciembre, de ordenación sanitaria de la comunidad de Madrid, que contempla en el Título IV, Capítulo III, (art. 38) la figura del Defensor del Paciente, como institución que cuida los derechos de los pacientes.

A pesar de los avances legislativos y sociales en dependencia entre los que destaca las personas en situación en dependencia siguen siendo objeto de discriminación, y una parte importante sin acceso a los servicios esenciales de la comunidad.

Sobre mediación, analizamos la propuesta europea como dos leyes de mediación de diferentes comunidades autónomas que tratan de forma especial la resolución de los conflictos relacionados con salud y dependencia. El Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea, en su Diario Oficial de la Unión Europea de 24 de Mayo de 2008 en su artículo 3, define la mediación “como un procedimiento estructurado (...), en el que dos o más partes en un litigio intentan voluntariamente alcanzar por sí mismas un acuerdo sobre la resolución de su litigio con la ayuda de un mediador”, esta definición facilita la utilización de la mediación para resolver cualquier conflicto siempre que haya voluntariedad de las partes en llegar a un acuerdo, dejando abierto el tipo de conflicto que se somete a mediación.

La Ley 15/2009, de 22 de julio, de Mediación en el ámbito del derecho privado de la Comunidad de Cataluña publicada en BOE núm. 198 del 17 de agosto de 2009, la cual nos dice en su artículo 1.1. que: “se entiende por mediación el procedimiento no jurisdiccional de carácter voluntario y confidencial que se dirige a facilitar la comunicación entre las personas, para que gestionen por sí mismas una solución de los conflictos que los afectan, con la asistencia de una persona mediadora que actúa de forma imparcial y neutral”.

Esta ley considera la utilización de la mediación en torno a las familias afectadas por los *procesos de discapacidad psíquica o de enfermedades degenerativas* que limitan la capacidad de obrar. Aspectos que se desarrollan en su artículo 2. apartado 1., cuando

determina los diferentes conflictos objeto de la presente ley, de los cuales solo mencionamos los epígrafes relacionados con nuestro tema de estudio, entre los que se encuentran los epígrafes:

“h) Los conflictos sobre el cuidado de las personas mayores o dependientes con las que haya una relación de parentesco.

p) Los conflictos surgidos en las relaciones convivenciales de ayuda mutua.

q) Los aspectos convivenciales en los acogimientos de personas mayores, y también en los conflictos para la elección de tutores, el establecimiento del régimen de visitas a las personas incapacitadas y las cuestiones económicas derivadas del ejercicio de la tutela o de la guarda de hecho.

Deja abierto la posibilidad de tratar “cualquier otro conflicto en el ámbito del derecho de la persona y de la familia susceptible de ser planteado judicialmente”.

Destacar la Ley 1/2009 de 27 de febrero reguladora de la Mediación Familiar en la Comunidad Autónoma de Andalucía publicada en el BOE de 2/4/2009), por su compromiso en la resolución de conflictos en materia de dependencia, como se puede leer en su artículo 1. 2. : *Podrán ser objeto de mediación familiar los conflictos que en el ámbito privado surjan entre las personas mencionadas en el artículo 3, sobre los que las partes tengan poder de decisión, y siempre que guarden relación con los siguientes asuntos:*

a) Los procedimientos de nulidad matrimonial, separación y divorcio.

b) Las cuestiones relativas al derecho de alimentos y cuidado de personas en situación de dependencia, conforme a la definición reflejada en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia.

c) Las relaciones de las personas menores de edad con sus parientes hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad, personas tutoras o guardadoras.

d) El ejercicio de la patria potestad, tutela o curatela.

e) Los conflictos derivados del régimen de visitas y comunicación de los nietos y nietas con sus abuelos y abuelas.

f) Los conflictos surgidos entre la familia adoptante, el hijo o hija

adoptado y la familia biológica en la búsqueda de orígenes de la persona adoptada.

g) Los conflictos surgidos entre la familia acogedora, la persona acogida y la familia biológica.

h) La disolución de parejas de hecho.

La ley de Andalucía define la mediación familiar en su artículo 2.1, como: “el procedimiento extrajudicial de gestión de conflictos no violentos que puedan surgir entre miembros de una familia o grupo convivencial, mediante la intervención de profesionales especializados que, sin capacidad de decisión sobre el conflicto, les asistan facilitando la comunicación, el diálogo y la negociación entre ellos y ellas, al objeto de promover la toma de decisiones consensuadas en torno a dicho conflicto” con la finalidad de alcanzar acuerdos equitativos, justos, estables y duraderos. Se trata la mediación desde la escuela de Harvard, en la necesidad de crear acuerdos y desde la escuela Transformativa cuando relaciona la necesidad de resolver los conflictos en el núcleo de convivencia para la mejora las relaciones en la familia.

La Ley 15/2009, de 22 de julio, de Mediación en el ámbito del derecho privado de la Comunidad de Cataluña une la atención entre dependencia funcional y enfermedad, cuando habla de atención a procesos de discapacidad psíquica o de enfermedades degenerativas. Mientras que la ley de mediación de Andalucía especifica la consideración de la Ley 39/2006, cuando contempla la resolución de conflictos en *las cuestiones relativas al derecho de alimentos y cuidado de personas en situación de dependencia, conforme a la definición reflejada en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia.*

Estas leyes de mediación familiar contemplan la resolución de los diferentes conflictos que se pueden dar en las familias en materia de enfermedad o derivados de la dependencia, como de su competencia. Por tanto la mediación familiar, puede y deber ser utilizada para la resolución de estos conflictos.

III. Mediación en salud versus dependencia:

Entendemos que “la dependencia es un reto para los sistemas sanitarios y de servicios sociales que tienen que afrontar nuevas necesidades y demandas sociales en un contexto contradictorio de presiones políticas y económicas en favor de la contención del gasto social en general y del sanitario en particular. Los ciudadanos y sus cuidadores/as realizan nuevas demandas sociales de protección social a las necesidades surgidas en el ámbito de la dependencia para poder afrontar las dificultades y conflictos que tienen diariamente. Contexto que hace necesario intervenciones que ayuden a resolver como mínimo los conflictos que viven las personas en situación de dependencia y sus familias.

A diferencia de otras técnicas como pueden ser la conciliación, negociación y arbitraje, los postulados de la mediación aseguran satisfacción y duración de los acuerdos. En la mediación la presencia de un mediador que cuida el proceso, favorece que las partes sean las protagonistas en la solución adoptada, siendo acuerdos más duraderos. A diferencia de las otras medidas de resolución de conflictos, la mediación favorece el encuentro y la comunicación, objetivos que no se plantean en el resto de las técnicas de resolución de conflictos mencionadas anteriormente.

Entre los profesionales de la medicina existe el temor sobre las posibles reclamaciones de los pacientes por fallos en la asistencia facultativa. Se habla de la práctica de una medicina defensiva creada con la finalidad de evitar las reclamaciones y agresiones de los pacientes en relación a las denominadas “negligencias médicas”.

La medicina actual es técnicamente muy resolutiva pero a menudo olvida el apoyo psicológico al paciente y su familia, viéndose estos obligados a afrontar en soledad la enfermedad grave. En algunos casos la proximidad de la muerte en casos agravados por las constantes complicaciones de la enfermedad degenerativa o invalidante, los familiares se sienten desamparados por parte de las instituciones. Este sentimiento de desamparo que se vive con la amenaza de la integridad física y psicológica que experimenta el enfermo y su familia, unida a sentimientos de soledad,

incomunicación, invalidez, dolor, malestar y proximidad de la muerte, han hecho valorar desde determinadas especialidades médicas la importancia de ayudar a las personas a paliar su sufrimiento emocional (sentimientos de soledad, incomunicación, etc.) y favorecer un proceso de muerte digna, cuyos objetivos han sido defendidos desde la medicina paliativa que busca por encima del encarnizamiento médico el bienestar del enfermo y la familia.

La practica desarrollada en los Servicios de Cuidados Paliativos del sistema nacional de salud, está siendo tan beneficiosa que en estos momentos se piensa en implementarla a otros servicios de atención socio sanitarios. Pues los cambios en el modo de enfermar están obligando al cambio en la forma de enfrentarse a las enfermedades y a ampliar sus perspectivas. Las enfermedades crónicas y los accidentes deben analizarse desde un modelo multicausal, donde desde el análisis de las pautas individuales de comportamiento de la enfermedad se pasa a medidas de prevención dirigidas a la población en general evitando mayores consecuencias sociales pues los médicos han comprobado que hay una íntima conexión entre la enfermedad y el medio social.

En estas ultimas décadas se está olvidando enseñar a convivir con la enfermedad tanto propia como de las personas del entorno. La derrota de las enfermedades y la reducción drástica de la alta morbilidad-mortalidad existente a principios de siglo en los países europeos, deja paso a una mayor esperanza de vida y envejecimiento de la población, cambiando incluso la sociología de la muerte.

El objetivo puede ser conseguir un modelo sociosanitario sostenible, participativo y democrático para lograr una sanidad accesible y cercana. Para ello es imprescindible que se establezcan relaciones entre las diferentes administraciones implicadas, los ciudadanos y los facultativos. Estableciendo mecanismos o medios que faciliten la colaboración y el intercambio de conocimientos para mejorar los servicios que se prestan actualmente, favoreciendo de esta forma una mayor coordinación sociosanitaria.

IV. Asuntos tratados en mediación en salud y dependencia:

Un artículo sobre “Conflictos en decisiones relacionadas con los tratamientos límites. Un diagnóstico diferencial” en la revista Jama de Susan Door Gold, planteaba los problemas derivados de los conflictos que se presentan en las decisiones a tomar en el final de la vida, y la necesidad de diagnosticar dichos conflictos para ayudar a los médicos a entender y manejar los conflictos sobre los cuidados terminales.

Entre los médicos y las familias las decisiones a tomar en el final de la vida pueden crear situaciones cambiantes y difíciles emocionalmente. Las familias pueden sentirse aisladas, incomprendidas o abandonadas y comienzan a dudar que el cometido del equipo de cuidados médicos contribuya al bienestar del paciente. Se hace necesario crear un espíritu de cooperación que consiga transformar la frustración y el dolor del enfermo y familia, en satisfacción por haber mejorado la calidad de atención y tratamiento, una vez comprendido el proceso de tratamiento tras la información y atención recibida por los profesionales.

Se pueden resolver entre otros los siguientes conflictos en el ámbito de la mediación en salud y dependencia:

1. Conflictos al decidir sobre el tratamiento a seguir (paciente terminal, testamento vital, donación de órganos, consentimiento informado, situaciones críticas, decisiones genéticas, clonaciones...).

No significa que los pacientes o personas con dependencia tengan que saber tanto como los profesionales para decir sí o no, a las diferentes propuestas que se les presentan. Pero si pueden decidir si la información científica que se les aporta es suficientemente sólida para ellos. Es una cuestión de juicio y un ejercicio de sentido común (por ejemplo, un paciente o persona con dependencia puede no saber los pros y contras de una operación cardiaca pero puede querer saber cuáles son las tasas de mortalidad de su cirujano o servicio comparado con otros. La respuesta debe dar suficientes garantías de éxito). La principal barrera para dialogar no es la complejidad del tema o la falta de conocimiento científico por parte de los pacientes o personas en situación de dependencia,

en algunas ocasiones la falta de tiempo, la falta de información adaptada y de compromiso claro para establecer un adecuado proceso de diálogo, dificultan o impiden la participación de los pacientes o personas en situación de dependencia. Participación que tiene el objetivo de conseguir:

- Sentirse actores activos de su propio proceso vital en un sistema sanitario público, que respeta sus decisiones.
- Toma decisiones después de haber recibido una información adecuada y adaptada.
- Mejora de la calidad de los servicios sanitarios, al ser sensibles a las necesidades y preferencias de los usuarios.

2. Decisiones sobre hospitalización o atención en el domicilio, y las circunstancias de los mismos (adaptación del domicilio, asistencia especializada domiciliaria, nº de visitas, etc.)

3. Conflictos de relación entre el paciente y familiares. Las preferencias de un paciente que está consciente merecen mucho más respeto que los juicios de los allegados, abriendo la puerta a los médicos para cuestionar si las decisiones de los allegados reflejan los puntos de vista o intereses del paciente. Se hace necesario la reciprocidad en la comprensión por parte de todas las personas involucradas tanto de por parte de la familia de las razones y necesidades del enfermo, como en algunas ocasiones del enfermo hacia la familia.

La enfermedad puede ofrecer un lugar para el encuentro entre los miembros de una familia que durante años no se han hablado por conflictos no resueltos. Favorecer el encuentro y el perdón, como el respeto a las diferencias puede ayudar al tratamiento y al proceso de la enfermedad. Como beneficiar la salud de los familiares para que puedan retomar sus vidas con menor carga emocional.

4. Conflictos de comunicación entre el personal (relaciones deterioradas, horario laboral...). Eliminar malentendidos, favorecer la coordinación entre los profesionales hace más eficaces las intervenciones sanitarias como psicosociales y los resultados de las mismas son más rentables, lo cual contribuye a la mayor satisfacción de todos, tanto de profesionales como usuarios en

distintas materias: Diagnóstico precoz, intervenciones adecuadas, traslados, ingresos, tratamientos,...

5. Resolución de conflictos éticos en el ámbito sanitario, los profesionales sanitarios se encuentran en considerables ocasiones en un conflicto entre dos deberes: el de respetar lo que dicen los pacientes, los superiores y/o las normas y reglamentos, y el de ser fieles a sus propias creencias y valores. Sin olvidar que cualquier profesional puede negarse a realizar un acto que, en principio, le es jurídicamente exigible.

Los accidentes de tráfico son causa de miles de lesiones y discapacidades cada año entre los jóvenes de todo el mundo, a los que hay que sumar los accidentes laborales así como el hecho de que la medicina es capaz de salvar la vida a enfermos que antes se morían irremediabilmente, aunque pueden quedar con notables secuelas para su vida cotidiana. A todo ello hay que añadir el incremento del número de las personas mayores de 65 años y lo que ha venido en denominarse el “envejecimiento” (el notable aumento de personas que superan los 80 años). Relacionado todo ello con una serie de temas éticos concretos de hondo calado en torno al consentimiento informado, la limitación del esfuerzo terapéutico, la distribución de recursos asistenciales, etc.

El anhelo de los profesionales es mantener a sus pacientes con el máximo nivel de autonomía, pese a que esta sea una tarea difícil y con el riesgo de que no siempre se consiga. El profesional tiene la obligación de mantener la defensa del valor que tiene la vida, y de los derechos y libertades de los ciudadanos que estén al final de la misma, puesto que todas las vidas tienen el mismo valor.

6. En errores o negligencias en la praxis profesional. La responsabilidad que puede ser objeto de consideración de mediación es una responsabilidad basada en el actuar del profesional (responsabilidad subjetiva) y no en aspectos ajenos a esa intencionalidad en el actuar que solo entran en juego en los supuestos en los que más bien se esté enjuiciando el mal o deficiente funcionamiento del servicio sanitario concreto (responsabilidad de carácter objetivo).

7. Desacuerdo sobre la prestación social asignada en la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

8. En la discriminación laboral, educacional y social de las personas en situación de diversidad funcional en la posible discriminación social que pudieran sufrir en centros educativos, ocupacionales o residenciales (dificultades de accesibilidad en centros y ciudades, etc.). Y en cualquier otro conflicto que sea llevado a mediación.

Conclusiones

La burocratizada asistencia sanitaria pública evidencia un mayor número de demandas de responsabilidad, muchas de ellas de estricta responsabilidad hospitalaria que involucran a los facultativos, lo cual ha determinado un incremento exponencial de las acciones dirigidas a depurar supuestas negligencias médicas, y estas pueden ser resueltas en mediación para implementar la calidad de la asistencia sanitaria

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

En la actualidad la esperanza de vida es cada vez mayor, lo que origina que muchas familias en algún momento de sus vidas tengan que hacerse cargo de sus mayores, personas con discapacidad o dependencia y adaptarse a un nuevo escenario difícil de conjugar con el ritmo actual de trabajo y obligaciones familiares. Se hace necesario nuevas prestaciones en la atención a la dependencia, que permitan la conciliación de la vida familiar y laboral, y la protección a un nuevo derecho subjetivo, el derecho que tiene toda persona de cuidar, pero de cuidar a su familiar en las mejores condiciones posibles.

Las personas dependientes y sus familiares demandan respuestas por parte de organismos públicos así como ayuda para resolver los conflictos personales, familiares, etc. que tienen que resolver continuamente, esta situación va a continuar incrementándose en los próximos años, como consecuencia de diferentes variables (crecimiento de la población anciana, aumento de la esperanza de vida, avances científico-médico y social, etc.). El uso de la mediación en este tipo de conflictos supone una respuesta eficaz para resolver los conflictos en las relaciones familiares e institucionales. Favorece la adaptación a la última etapa del ciclo evolutivo de la familia y de la persona donde se presenta la enfermedad y/o muerte. Siendo el objetivo final potenciar el interés común y el máximo bienestar social y calidad de vida para la persona enferma y/o en situación de dependencia como de su familia.

La realidad exige “una atención sociosanitaria que redistribuya los recursos y reorganice las actuales estructuras sociales y médicas” contando con el enfermo o dependiente y su familia. No se puede olvidar que “todo problema sanitario en la persona dependiente tiene un trasfondo social y a la inversa”, y que hay que apostar por la “indisolubilidad de la atención sanitaria y social en este grupo de población bajo el principio de equidad”.

BIBLIOGRAFIA:

COSTA, MIGUEL Y LÓPEZ, ERNESTO (1986): “Salud Comunitaria”. Martínez Roca. Barcelona.

DURÁN, M^a ÁNGELES (2002) Los costes invisibles de la enfermedad. Madrid. Fundación BBVA.

GÓMEZ –BATISTE, X. Y OTROS: Cuidados Paliativos en Oncológica. Editorial JIMS. 1996. Barcelona

GRACIA, DIEGO (1989), “Fundamentos de bioética”. Ed. Eudema Universidad. Madrid

MUNUERA GÓMEZ, P. y RONDÓN GARCÍA, L.M. (2010) Mediación y Resolución de Conflictos con Personas en Situación de Dependencia, en Alemán Bracho, C., y otros Dependencia y Servicios Sociales. Aranzadi. Navarra

ORTIZ, CARLOS N. (1983), “El derecho a la salud y los derechos de los enfermos”. Ediciones encuentro.

RONDÓN GARCÍA, L.M. y MUNUERA GÓMEZ, P. (2009): “Mediación Familiar: Un nuevo espacio de intervención para trabajadores sociales”. Bogotá. Revista Nacional de Trabajo Social de Colombia. pp. 8-11.

