



Consell Comarcal
del **Baix Llobregat**



MONOGRAFIA SOBRE EL MARC LEGAL EN LA TRANSFERÈNCIA D'INFORMACIÓ CLAU ENTRE SERVEIS SOCIALS, SALUT I SALUT MENTAL

Coordinadors:
Josep Moya
Maribel Mateo

AUTORES

Equip SEAP

- Moya, Josep. Psiquiatre del SEAP. Consell Comarcal del Baix Llobregat.
- Mateo, Maribel. Coordinadora del SEAIA i SEAP. Consell Comarcal del Baix Llobregat.
- Giménez, Pilar. Jurista del SEAP. Consell Comarcal del Baix Llobregat.
- Gómez, Yolanda. Jurista del SEAP. Consell Comarcal del Baix Llobregat.
- Borges, Romina. Pedagoga del SEAP. Consell Comarcal del Baix Llobregat.
- Fornells, Ester. Coordinadora del SEAIA i SEAP. Consell Comarcal del Baix Llobregat. Jubilada.

Collaboradores externes

- Amador, Aurora. Treballadora Social. Benito Menni CASM i Hospital General de Granollers.
- Baixas, Rosa. Cap d'Acció Social i Igualtat. Ajuntament de Sant Joan Despí.
- Bonilla, Marina. Treballadora Social. Unitat SERPI. Parc Sanitari Sant Joan de Déu.
- El Issaoui El Morabit, Hanae. Treballadora Social. CAP Sant Andreu de la Barca.
- Fernández, Carlos Alberto. Treballador Social. Ajuntament de Sant Joan Despí.
- Murillo, Inmaculada. Treballadora Social. CSMA Sant Feliu de Llobregat. Germanes Hospitalàries.
- Segarra, Immaculada. Treballadora Social. Ajuntament de Sant Andreu de la Barca.

Edició gràfica i disseny: Departament de Comunicació, Consell Comarcal del Baix Llobregat.

DOI: 10.5281/zenodo.10715727



PRESENTACIÓ

Des del Consell Comarcal ens plau publicar aquesta monografia sobre la transferència d'informació clau entre els diferents serveis assistencials que atenen persones que són víctimes de no bon tracte o de maltractament, un problema que malgrat la seva escassa visibilitat social, va en augment i en alguns casos presenta dimensions molt dramàtiques. En general, els casos són detectats pels professionals de primera línia, és a dir, professionals de serveis socials, de salut i salut mental, de residències geriàtriques, de l'Institut de Medicina Legal i Forense, de policies locals i mossos d'esquadra, i també professionals de l'àmbit infantil i juvenil, com les escoles, els EAP i els EAIA.

El Servei Especialitzat d'Atenció a les Persones (SEAP), complint amb la funció de sensibilització social del bon tracte a les persones grans o en situació de fragilitat, va creure indispensable organitzar una jornada el passat mes de juny a nivell de comarca, per treballar la nova llei de la Generalitat de Catalunya 2/2021, del 29 de desembre, de mesures fiscals, financeres, administratives i del sector públic (vigent des del 29/07/2022). Aquesta llei habilita la comunicació de dades entre els Serveis Socials i els Serveis Sanitaris del sistema públic, i viceversa, sense el consentiment de les persones interessades, i també les dades de la història clínica que pugui tenir afectació en l'autonomia personal, per a detectar i intervenir en situacions de risc social.

La dificultat actual per a què es produeixi el traspàs d'informació entre els serveis, degut a la Llei de protecció de dades, fa que sigui cabdal poder presentar aquesta llei i concretar la importància de la mateixa en el treball conjunt, coordinat i en xarxa. Per tal de poder visibilitzar aquests aspectes es planteja la presentació de cinc casos pràctics treballats pels professionals del territori del Baix Llobregat.

La importància d'aquesta publicació és poder establir les bases d'una reflexió conjunta que ens permeti crear sinergies entre els professionals i facilitar la nostra tasca, amb l'objectiu d'instaurar un marc de treball participatiu i de confiança entre els diferents serveis i instàncies, per tal d'arribar a realitzar un treball comunitari que sigui efectiu.

Eva M. Martínez Morales, presidenta

ÍNDEX

| | | |
|-----------|--|----|
| 01 | INTRODUCCIÓ | 5 |
| 02 | JUSTIFICACIÓ | 7 |
| 03 | SEAP | 8 |
| | 3.1 Definició del Servei | 8 |
| | 3.2 Objectius | 9 |
| | 3.3 Mètode d'intervenció | 10 |
| 04 | SALUT MENTAL COMUNITÀRIA I TRANSFERÈNCIA D'INFORMACIÓ | 11 |
| | 4.1 Concepte de Salut Mental Comunitària | 11 |
| 05 | MARC LEGAL | 13 |
| | 5.1 Marc general | 13 |
| | 5.2 Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LODP)..... | 14 |
| | 5.3 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales | 16 |
| | 5.4 Ley de Enjuiciamiento Criminal, de 29 de junio de 2023 | 18 |
| | 5.5 Llei 12/2007, 11 d'octubre de Serveis Socials | 19 |
| | 5.6 Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència | 19 |
| | 5.7 Llei 2/2021, del 29 de desembre, de mesures fiscals, financeres, administratives i del sector públic..... | 21 |
| | 5.8 Resum | 23 |

ÍNDEX

| | | |
|-----------|--|----|
| 06 | CASOS PRÀCTICS DE COORDINACIÓ ENTRE SERVEIS SOCIALS I SALUT MENTAL | 25 |
| 07 | CONCLUSIONS | 41 |
| 08 | GLOSSARI | 42 |
| 09 | REFERÈNCIES | 44 |

1. INTRODUCCIÓ

És un fet de tots conegut, que la major part de les societats de l'anomenat Primer Món estan sotmeses a un procés d'envelliment poblacional creixent. Així, l'Institut Nacional de Estadística (INE) assenyalava en el mes de setembre del 2020, que ens dirigim cap a una societat molt envellida amb més morts que naixements. L'informe indicava que l'any 2020 el 21% de la població tenia 65 anys o més, enfront del 16% en l'any 2001. Això suposa un augment de 5 punts percentuals (INE, 2020).

El mateix informe indicava que si ens centrem més concretament en el grup de 80 anys o més, la seva quota era de quasi el 6% l'any 2020, mentre que l'any 2001 era del 3,4%; això significa que pràcticament s'ha duplicat durant aquest període. D'altra banda, la proporció de joves (de 0 a 19 anys) a la Unió Europea era del 20% l'any 2020, el que suposa un descens de 3 punts percentuals respecte al 23% de l'any 2001.

En un segon informe del mes d'octubre, l'INE explicava en una Projecció de Població 2022-2072, que Espanya guanyaria més de 4 milions d'habitants en els propers 15 anys i més de cinc milions fins al 2072 si es mantinguessin les tendències demogràfiques actuals (INE, 2022). La població de 65 anys i més anys suposaria el 26% del total l'any 2037. Per comunitats, Catalunya i la Comunitat de Madrid registrarien els majors creixements de població, mentre que Castella i Lleó i el Principat d'Astúries presentarien els majors descensos.

Tot plegat configura un panorama demogràfic caracteritzat per una inversió de la piràmide poblacional, amb un major nombre de defuncions respecte dels naixements.

I és en aquest context, en què sembla que envellir comporta riscos importants, ja sigui pel que fa a fenòmens com la soledat o el rebuig, o ja sigui pel que fa als maltractaments.

En efecte, sembla que les persones grans són un problema en tant suposen una càrrega pel sistema de pensions i també pels dispositius sanitaris i socials. En aquest sentit, Paca Tricio va escriure que no és agradable que des del matí fins a la nit et facin sentir que ets un problema (Tricio, 2019). Les persones grans molesten, destorben, no són productives, no entenen les instruccions “on line” de les diferents administracions i sobretot, són una càrrega “insuportable” pels dispositius sanitaris i socials.

I és en aquest context que emergeix un fenomen que, progressivament, va en augment: els maltractaments a les persones grans.

2. JUSTIFICACIÓ



En molts casos de maltractaments, una vegada s'ha fet la detecció per part d'un dispositiu (Serveis Socials, Salut, Salut Mental, Mossos d'Esquadra, la pròpia fiscalia) i aquest demana la intervenció del SEAP (Servei Especialitzat d'Atenció a les Persones del Baix Llobregat), es fa necessari disposar d'informació clau per tal de calcular els riscos i poder sol·licitar la intervenció de fiscalia amb l'objectiu de prendre les mesures de protecció adient. Però és aquí on rau la dificultat legal, centrada principalment en la Llei de Protecció de Dades. Aquesta llei comporta un marge d'actuació tan estret que, en alguns casos, impedeix l'adequat traspàs d'informació.

Però alhora, aquest marc legal complica molt el plantejament de salut i salut mental comunitària, ja que en efecte, com es pot fer una intervenció comunitària si no es pot compartir la informació?

Tanmateix, darrerament han aparegut nous elements legals que permeten obrir escletxes que, d'una banda, protegeixen la víctima, i de l'altra el mateix professional, pel fet que en el seu dir i fer, no solament no transgredeix la llei, sinó que contribueix a protegir la víctima.



3. SEAP

3.1. DEFINICIÓ DEL SERVEI

El Servei Especialitzat d'Atenció a les Persones (SEAP) va iniciar la seva tasca el juny de 2018. El bon tracte a les persones grans i persones en situació de fragilitat és el que emmarca aquest dispositiu que es basa en els valors del respecte, la dignitat i l'escolta en tota l'actuació i intervenció dels i les professionals. La finalitat és oferir orientació i suport des de l'especialització d'aquest servei (vessant social, mèdica i jurídica), tant a professionals dels serveis socials, salut, dona, cossos de seguretat i d'altres que ho requereixin, per tal de respondre de la manera més adequada a les necessitats detectades.

De fet, es tracta d'un recurs dirigit a un col·lectiu de persones amb molta heterogeneïtat i una gran diversitat de necessitats, el que fa que la realitat sigui especialment complexa i per tant, no a l'abast d'un únic professional (Moya i Fornells, 2023).

Els i les professionals que treballen amb aquests col·lectius, molt sovint estan exposats a un gran nivell d'exigència a l'hora de donar resposta quan es tenen en compte les necessitats reals de les persones, comptant amb pocs recursos humans i materials.

D'altra banda, diversos autors han assenyalat que els maltractaments a les persones grans han estat i són un problema "invisible" (Sancho Parra et al., 2021), ja sigui per una escassa consciència del problema, o ja sigui per la por o per la situació de dependència de les víctimes vers les persones que les maltracten.

El coneixement i la gestió adequada dels diferents recursos socials i sanitaris de la comunitat són imprescindibles per garantir una continuïtat assistencial, requerint que el treball multidisciplinari faciliti i s'adapti a les necessitats de les persones vulnerables, duent a terme els canvis pertinents entre recursos.

3.2. OBJECTIUS

El SEAP té com a objectius específics:

- Millorar la qualitat de vida de les persones en situació de fragilitat.
- Millorar la prevenció, detecció i atenció del no bon tracte i del maltractament a través d'un treball interdisciplinari i en xarxa amb els dispositius del territori.
- Garantir el treball interdisciplinari i en xarxa amb altres professionals del territori i serveis relacionats amb l'atenció a les persones en situació de fragilitat per establir mecanismes de prevenció i intervenció comunitària.
- Adequar la transmissió de la informació social, jurídica i mèdica essencial a la resta dels professionals per dissenyar un pla d'intervenció.
- Donar resposta a les situacions reals de no bon tracte i/o maltractament de les persones d'aquests col·lectius.
- Realitzar i/o participar en estudis i projectes de sensibilització, detecció i prevenció a la comunitat des dels diferents àmbits dels professionals que integren el servei.
- Respondre a les necessitats reals dels professionals que atenen a les persones grans i a les persones en situació de fragilitat quan es detecten situacions de no bon tracte i/o maltractament.
- Coordinar-se amb els diferents serveis públics i/o privats dels àmbits de salut, de serveis socials, justícia, habitatge, cossos de seguretat i altres.
- Orientar i assessorar per establir el tipus d'atenció necessària i adequada a cada situació i coordinar els recursos públics i privats per facilitar l'atenció que es necessita.

3.3. MÈTODE D'INTERVENCIÓ

La intervenció del SEAP es basa en l'articulació de tres perfils professionals: social, jurídic i mèdic. El motiu d'aquesta articulació ve determinat per un fet comprovat empíricament: en la major part dels casos de maltractaments es presenten problemes de tipus social, legal i de salut. Per tant, té lògica abordar aquests problemes emprant una mirada que inclogui les tres vessants.

El mètode de treball està constituït pels següents passos:

1. Accés al servei. La demanda es pot fer des de qualsevol servei tot i que, predominantment, són els serveis socials bàsics o especialitzats els principals agents derivadors.
2. Recollida i anàlisi de les dades aportades per l'equip derivador.
3. Coordinació amb l'equip derivador i altres equips que també hi intervenen.
4. Disseny i execució d'un Pla de Treball.
5. Seguiment i valoració conjunta del Pla de Treball.
6. Tancament.

El Pla de Treball sol incloure la petició de mesures legals de protecció de la víctima. Aquesta petició es realitza mitjançant un informe que s'envia a Fiscalia. En algunes ocasions, el Ministeri Fiscal ha sol·licitat del SEAP la intervenció pericial en la vista oral.

4. SALUT MENTAL COMUNITÀRIA I TRANSFERÈNCIA D'INFORMACIÓ

4.1. CONCEPTE DE SALUT MENTAL COMUNITÀRIA.

El problema dels maltractaments a les persones grans i aquelles que es troben en situació de vulnerabilitat té una especial incidència en l'àmbit de la salut mental comunitària, terme que, malgrat les dificultats inherents a la diversitat de discursos existents, circula com a model crucial a seguir. Però abans d'entrar específicament a definir la salut mental comunitària, és adient fer esment del concepte de "salut comunitària". Per fer-ho hem pres com a referència la definició que van donar Hernán San Martín i Vicente Pastor en un context social i polític que va ser potenciat per la Ley General de Sanidad de 1986 (Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia, 1986).

D'acord amb els plantejaments d'aquests autors:

"En realitat, el que anomenem "salut comunitària" és el programa de salut pública local, planificat d'acord amb els problemes i necessitats de cada comunitat i executat amb la participació de la mateixa. Es tracta d'una estratègia per aplicar localment els programes de salut pública, i no d'una especialitat nova de la salut pública i menys de la medicina" (San Martín y Pastor, 1988). *

En aquesta cita es defineixen les condicions socials, organitzatives i tècniques que configuren la salut comunitària i en conseqüència, la salut mental comunitària (Desviat, 2012). El mateix autor va destacar la presència de la comunitat i el protagonisme de la ciutadania sobre les polítiques que afecten la vida de les persones, i va afegir que malgrat trobar-nos davant d'una qüestió òbvia, l'experiència ens mostra malauradament, que sovint hi ha "absència de comunitat" en les pràctiques que es consideren comunitàries. Aquesta absència es fa palesa en diversos àmbits, especialment en un període en què l'anomenada "psiquiatria biològica" ha assolit un clar predomini en els àmbits assistencials.

Entrant ja en el concepte de salut mental comunitària cal assenyalar que, actualment, no hi ha una definició consensuada sobre el concepte de salut mental comunitària, així, a tall d'exemple, Rehin i Martin posen l'accent en les cures extrahospitalàries (Rehin i Martin, 1963); Sabshin es centra en els mètodes i

*Text traduït del castellà

teories de la psiquiatria social (Sabshin, 1966); Freudenberg emfatitza la necessitat de mantenir els lligams amb la família, els amics, el treball i la societat (Freudenberg, 1976); i Strathdee i Thornicroft parlen de la xarxa de serveis que ofereix tractament continuat, allotjament, ocupació i suport social, amb l'objectiu d'ajudar a les persones amb problemes mentals a recuperar el seu funcionament social normal (Strathdee G. i Thornicroft, 1997).

Com definició de consens s'adopta la de Thornicroft i Tansella (Thornicroft i Tansella, 2005):

“La salut mental comunitària és aquella que incorpora un ventall complet de cures eficaces de salut mental a una població definida i que es dedica al tractament i suport de les persones que pateixen trastorns mentals, en proporció al seu patiment o malestar i en col·laboració amb altres organismes locals”.

Això comporta un plantejament que va molt més enllà dels àmbits de la psiquiatria, la psicologia clínica i la infermeria de salut mental, ja que inclou no solament altres professionals (treball social, pedagogia, logopèdia, etc.) sinó també altres xarxes (educació, serveis socials bàsics,...) i sobretot, un marc conceptual en què s'articulin els diferents discursos i les diverses intervencions. I és precisament en aquest punt en el qual emergeixen serioses dificultats en el maneig dels casos, especialment quan es tracta d'intervenir en situacions de maltractaments a les persones grans. En efecte, si considerem que la salut mental comunitària és un model que inclou un conjunt heterogeni d'actors (professionals i no professionals) que, indefectiblement hauran d'intercanviar informació rellevant, com és possible realitzar-la en un marc legal que, d'entrada, es presenta molt restrictiu?. D'aquí que en el següent capítol abordem el marc legal vigent a l'actualitat.

5. MARC LEGAL

5.1. MARC LEGAL

La protecció de les persones físiques en relació amb el tractament de les dades personals és un dret fonamental protegit per l'article 18 de la Constitució Espanyola (Gobierno de España, 1978). Aquest article garanteix els següents drets:

1. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.
2. El domicilio es inviolable. Ninguna entrada o registro podrá hacerse en él sin consentimiento del titular o resolución judicial, salvo en caso de flagrante delito.
3. Se garantiza el secreto de las comunicaciones y, en especial, de las postales, telegráficas y telefónicas, salvo resolución judicial.
4. La ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos.

A més, en la sentència 292/2000, de 30 de novembre, del Tribunal Constitucional (Tribunal Constitucional, 2000) es va establir que és un dret autònom i independent, que consisteix en un poder de disposició i control sobre les dades personals i permet a la persona decidir quines dades personals proporciona a un tercer, ja sigui un Estat o un particular.

D'altra banda, la Ley Orgánica 5/1992 de 29 de octubre, reguladora del tratamiento automatizado de datos personales (Gobierno de España, 1992) va establir en l'article 1 que:

“tiene por objeto limitar el uso de la informática y otras técnicas y medios de tratamiento automatizado de los datos de carácter personal para garantizar el honor, la intimidad personal y familiar de las personas físicas y el pleno ejercicio de sus derechos”.

I en l'article 2, referent a l'àmbit d'aplicació:

“La presente Ley será de aplicación a los datos de carácter personal que figuren en ficheros automatizados de los sectores público y privado y a toda modalidad de uso posterior, incluso no automatizado, de datos de carácter personal registrados en soporte físico susceptible de tratamiento automatizado”.

A partir d'aquest marc general hi ha tot un conjunt de lleis, tant estatals com de la Comunitat Autònoma de Catalunya, que regulen l'ús per part de tercers d'informacions de caràcter personal. Les abordem en els punts següents, relacionant directament el tema que ens ocupa.

5.2. LEY ORGÁNICA 15/1999 DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL (LODP)

Aquesta Llei Orgànica, promulgada el 13 de desembre del 1999 (Gobierno de España, 1999), va establir en els articles 6 i 7 el següent:

Artículo 6 consentimiento del afectado:

1. El tratamiento de los datos de carácter personal requerirá el consentimiento inequívoco del afectado, salvo que la ley disponga otra cosa.
2. No será preciso el consentimiento cuando los datos de carácter personal se recojan para el ejercicio de las funciones propias de las Administraciones públicas en el ámbito de sus competencias; cuando se refieran a las partes de un contrato o precontrato de una relación negocial, laboral o administrativa y sean necesarios para su mantenimiento o cumplimiento; **cuando el tratamiento de los datos tenga por finalidad proteger un interés vital del interesado** en los términos del artículo 7, apartado 6, de la presente Ley, o cuando los datos figuren en fuentes accesibles al público y su tratamiento sea necesario para la satisfacción del interés legítimo perseguido por el responsable del fichero o por el del tercero a quien se comuniquen los datos, siempre que no se vulneren los derechos y libertades fundamentales del interesado.
3. El consentimiento a que se refiere el artículo podrá ser revocado cuando exista causa justificada para ello y no se le atribuyan efectos retroactivos.
4. En los casos en los que no sea necesario el consentimiento del afectado para el tratamiento de los datos de carácter personal, y siempre que una ley no disponga lo contrario, éste podrá oponerse a su tratamiento cuando existan motivos fundados y legítimos relativos a una concreta situación personal. En tal supuesto, el responsable del fichero excluirá del tratamiento los datos relativos al afectado.

Hem subratllat el punt “cuando el tratamiento de los datos tenga por finalidad proteger un interés vital del interesado” perquè és especialment rellevant en els casos que ens ocupen. Així, és de gran interès conèixer les condicions amb les que viu la víctima de maltractaments i també, les diverses incidències que afectin el seu estat de salut.

I en l'article 7 estableix que:

1. De acuerdo con lo establecido en el apartado 2 del artículo 16 de la Constitución, nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias.

Cuando en relación con estos datos se proceda a recabar el consentimiento a que se refiere el apartado siguiente, se advertirá al interesado acerca de su derecho a no prestarlo.

2. Sólo con el consentimiento expreso y por escrito del afectado podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal que revelen la ideología, afiliación sindical, religión y creencias. Se exceptúan los ficheros mantenidos por los partidos políticos, sindicatos, iglesias, confesiones o comunidades religiosas y asociaciones, fundaciones y otras entidades sin ánimo de lucro, cuya finalidad sea política, filosófica, religiosa o sindical, en cuanto a los datos relativos a sus asociados o miembros, sin perjuicio de que la cesión de dichos datos precisará siempre el previo consentimiento del afectado.

3. Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente.

4. Quedan prohibidos los ficheros creados con la finalidad exclusiva de almacenar datos de carácter personal que revelen la ideología, afiliación sindical, religión, creencias, origen racial o étnico, o vida sexual.

5. Los datos de carácter personal relativos a la comisión de infracciones penales o administrativas sólo podrán ser incluidos en ficheros de las Administraciones públicas competentes en los supuestos previstos en las respectivas normas reguladoras.

6. No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores, **podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal a que se refieren los apartados 2 y 3 de este artículo, cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta asimismo a una obligación equivalente de secreto.**

También podrán ser objeto de tratamiento los datos a que se refiere el párrafo anterior cuando el tratamiento sea necesario **para salvaguardar el interés vital del afectado o de otra persona, en el supuesto de que el afectado esté física o jurídicamente incapacitado para dar su consentimiento**".

L'article 7, en l'apartat 6, deixa clar que es poden tractar dades de caràcter personal, quan l'esmentat tractament resulti necessari per a la prevenció o pel diagnòstic mèdic, la prestació d'assistència sanitària o tractaments mèdics, o la gestió de serveis sanitaris, sempre que aquest tractament de dades es realitzi per un professional sanitari subjecte al secret professional, o per altra persona subjecte a una obligació equivalent de secret. És a dir, que davant d'una situació que suposi un risc per la salut de la persona es poden tractar dades de caràcter personal i ser transferides o compartides per aquells professionals implicats en l'atenció de la persona. Ara bé, es deixa clar que aquest ús està subjecte al secret professional, no solament dels professionals sanitaris sinó per tots aquells que estan obligats a no revelar les dades dels seus usuaris.

5.3. LEY ORGÁNICA 3/2018, DE 5 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS DIGITALES.

Aquesta Llei és una adaptació de la legislació espanyola al Reglament Europeu (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i el Consejo, de 27 d'abril de 2016, que exposa en el seu primer article que l'objecte de la Llei és:

"Adaptar el ordenamiento jurídico español al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos, y completar sus disposiciones". (Gobierno de España, 2018).

El Reglament Europeu 2016/679 (Gobierno de España, 2016), en el seu article 6, relatiu a la licitud del tractament de dades, estableix el següent:

1. El tratamiento solo será lícito si se cumple al menos una de las siguientes condiciones:

a) el interesado dio su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varios fines específicos;

d) el tratamiento es necesario para proteger intereses vitales del interesado o de otra persona física;

e) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento;

f) el tratamiento es necesario para la satisfacción de los intereses legítimos perseguidos por el responsable del tratamiento o por un tercero, siempre que sobre dichos intereses no prevalezcan los intereses o los derechos y libertades fundamentales del interesado que requieran la protección de datos personales, en particular cuando el interesado sea un niño.

La Llei Orgànica 3/2018, en el seu article 8 estableix que:

“Artículo 8. Tratamiento de datos por obligación legal, interés público o ejercicio de poderes públicos:

2. El tratamiento de datos personales solo podrá considerarse fundado en el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable, en los términos previstos en el artículo 6.1 e) del Reglamento (UE) 2016/679, cuando derive de una competencia atribuida por una norma con rango de ley.”

És a dir, que la Llei permet el tractament de les dades personals quan es tracta d'una obligació legal, d'un interès públic, com pot ser un cas de maltractaments, o bé un exercici de poders públics. Aquest article 8 de la Llei, es remet a l'article 6 del Reglament Europeu, al que ens hem referit abans.

Però, a més, la mateixa Llei Orgànica, en la seva disposició final novena, estableix:

“Modificación de la 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” en base a la qual es permet la transferència de dades personals, ja que modifica l'apartat 3 de l'article 16 de l'esmentada Llei:

“Cuando ello sea necesario para la prevención de un riesgo o peligro grave para la salud de la población, las Administraciones sanitarias a las que se refiere la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, podrán acceder a los datos identificativos de los pacientes por razones epidemiológicas o de protección de la salud pública. El habrá de realizarse, en todo caso, por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta, asimismo, a una obligación equivalente de secreto, previa motivación por parte de la Administración que solicitase el acceso a los datos.”

En conseqüència, tant el Reglament Europeu 2016/679 com la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, permeten el tractament de les dades personals quan es donen unes determinades condicions, com per exemple la protecció d'interessos vitals de l'interessat o d'una altra persona física o quan hi ha un perill per a la salut de la població.

5.4. LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL, DE 29 DE JUNIO DE 2023.

Es tracta d'una modificació de la Llei d'Enjudiciament Criminal de 14 de setembre de 1882. En l'article 262 s'estableix que:

“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de Instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio si se tratare de un delito flagrante. Los que no cumplieren esta obligación incurrirán en la multa señalada en el artículo 259, que se impondrá disciplinariamente. Si la omisión en dar parte fuere de un Profesor en Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a 125 pesetas ni superior a 250. Si el que hubiese incurrido en la omisión fuere empleado público, se pondrá además en conocimiento de su superior inmediato para los efectos a que hubiere lugar en el orden administrativo”. (Gobierno de España, 2023)

5.5. LLEI 12 / 2007, 11 D'OCTUBRE DE SERVEIS SOCIALS.

Aquesta Llei, d'àmbit d'aplicació a la Comunitat de Catalunya (Generalitat de Catalunya, 2007), deixa molt clars els criteris que regeixen la transferència d'informació entre professionals assistencials. Així, l'article 39 estableix el següent:

- 1.El Govern i el departament competent en matèria de serveis socials han de vetllar per garantir la coordinació i la integració adequades del sistema de serveis socials amb els altres sistemes que contribueixen al benestar de les persones.
2. Les mesures de coordinació s'han de dirigir especialment als àmbits de salut, educació, ocupació, justícia, habitatge i cultura i han de garantir l'intercanvi de la informació necessària per a detectar situacions d'alt risc social i intervenir-hi”.

Com es pot comprovar, l'article 39 estableix dos elements molt rellevants: a) és crucial la coordinació dels serveis socials amb la resta de sistemes que intervenen en l'atenció a les persones; b) aquesta coordinació ha de garantir el necessari intercanvi d'informació clau per la detecció de situacions de risc social. Per tant, no solament es diu que es pot transferir informació entre professionals d'àmbits diferents sinó que hi ha l'obligació de fer-ho. Aquest redactat s'ajusta molt millor a la filosofia subjacent a l'atenció comunitària, en el sentit que hem exposat a l'inici de la monografia. Si pretenem fer una atenció i assistència comunitària és necessari – i obvi – que es transfereixi informació clau per la resolució del cas.

5.6. LLEI 14 / 2010, DEL 27 DE MAIG, DELS DRETS I LES OPORTUNITATS EN LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA.

Aquesta Llei, d'àmbit a la Comunitat Autònoma de Catalunya, té per objecte la promoció del benestar personal i social dels infants i els adolescents, i de les actuacions de prevenció, atenció, protecció i participació, dirigides a aquestes persones a fi de garantir l'exercici de llurs drets, l'assumpció de llurs responsabilitats i l'assoliment de llur desenvolupament integral (Generalitat de Catalunya, 2010).

En relació amb la present monografia interessa destacar dos articles, el 24 i el 100.

Article 24. Actuació de les administracions públiques

“1. Les actuacions dutes a terme per les administracions públiques amb relació als infants i als adolescents han de respectar els principis bàsics establerts per aquesta llei i fomentar la tolerància, la solidaritat, el respecte, la igualtat, la responsabilitat i, en general, tots els valors democràtics.

2. Les administracions implicades han de col·laborar i actuar coordinadament. Especialment en matèria de protecció dels infants i els adolescents, els serveis públics estan obligats a facilitar la informació requerida pel departament competent en matèria de protecció dels infants i els adolescents a fi de valorar quina és la situació de l'infant o l'adolescent, i a portar a terme les actuacions de col·laboració necessàries per a protegir-los. Les dades que es poden cedir entre administracions sense consentiment de la persona afectada són les econòmiques, laborals, socials, educatives, de salut, policials i penals dels menors i de llurs progenitors, tutors o guardadors.

3. Els expedients administratius i els procediments judicials que donen lloc a decisions que afecten l'infant o l'adolescent s'han de tramitar amb caràcter d'urgència i atorgar-los preferència en l'ordre de tramitació, en els termes establerts per la legislació processal.

4. Les administracions públiques han de vetllar perquè tots els professionals que atenen infants i adolescents tinguin la formació i la qualificació específiques i adequades a les necessitats dels atesos”.

L'apartat 2 d'aquest article estableix de manera categòrica que totes les administracions han de col·laborar i actuar coordinadament, per tant, es conclou que tots els professionals implicats en l'atenció d'un infant o adolescent han de coordinar-se i, per tant, compartir la informació rellevant. Però, l'article 100 és encara més explícit:

Article 100. Deure de comunicació, intervenció i denúncia

“3. Tots els professionals, especialment els professionals de la salut, dels serveis socials i de l'educació, han d'intervenir obligatòriament quan tinguin coneixement de la situació de risc o de desamparament en què es troba un infant o adolescent, d'acord amb els protocols específics i en col·laboració i coordinació amb l'òrgan de la Generalitat competent en matèria de protecció dels infants i els adolescents. Aquesta obligació inclou la de facilitar la informació i la documentació que calgui per a valorar la situació de l'infant o l'adolescent”.

És a dir, que els professionals no solament han d'intervenir quan tenen coneixement d'una situació de risc o de desamparament d'un menor d'edat, sinó que han de compartir la informació i la documentació pertinents.

5.7. LLEI 2/2021, DEL 29 DE DESEMBRE, DE
MESURES FISCALS, FINANCERES,
ADMINISTRATIVES I DEL SECTOR PÚBLIC.

Aquesta Llei modifica la Llei 2/2007, d'11 d'octubre de Serveis socials. Pel tema que ens ocupa interessa assenyalar l'article 71 que estableix la normativa de la transferència d'informació entre els serveis socials i salut i viceversa (Generalitat de Catalunya, 2021).

Art. 71 Afegeix una disposició addicional (DA 15)

S'afegeix una disposició addicional, la quinzena, a la Llei 12/2007, de l'11 d'octubre, de serveis socials, amb el text següent:

«Disposició addicional quinzena. Comunicació de dades entre els serveis sanitaris i els serveis socials del sistema públic:

1. Per tal de garantir l'atenció integral efectiva de les persones ateses per la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública i els serveis sanitaris del sistema públic, s'habilita la comunicació de dades entre els serveis esmentats, sense el consentiment de les persones interessades, en els termes previstos en els apartats següents:

a) S'habiliten els serveis socials per a comunicar als serveis de salut les dades relacionades amb les persones ateses per ambdós sistemes, de caràcter identificatiu, de contacte, i també les relacionades amb els serveis socials rebuts que puguin tenir repercussió en la salut i siguin necessàries per a garantir un procés d'atenció integral i integrada. Poden accedir a la informació els professionals sanitaris implicats en el diagnòstic o tractament de la persona interessada, degudament acreditats.

b) S'habiliten els serveis de salut per a comunicar als serveis socials les dades relacionades amb les persones ateses per ambdós sistemes, de caràcter identificatiu, de contacte, i també les dades de llur història clínica que puguin tenir afectació en l'autonomia personal –ja sigui per situació de dependència o de discapacitat–, per a detectar i intervenir en situacions de risc social que puguin requerir

l'activació de prestacions socials i que necessitin informació sanitària per a fer-se efectives, i per tal de garantir un procés d'atenció integral i integrada. Poden accedir a la informació els professionals dels serveis socials implicats en el seguiment i l'avaluació del ciutadà, degudament acreditats”.

2. Les entitats responsables de les comunicacions han d'aplicar les mesures tècniques i organitzatives apropiades al caràcter sensible de la informació, per tal de garantir i verificar periòdicament la confidencialitat, la integritat, la traçabilitat, la disponibilitat i l'autenticitat de la informació, i també l'exercici de drets i el deure d'informar les persones interessades.

La traçabilitat ha de permetre el control dels accessos al sistema d'informació pels perfils d'usuaris autoritzats, de la identitat i categoria professional de l'usuari, la data i hora en què va tenir lloc l'accés, l'acció realitzada, les dades afectades i el motiu de l'accés.

Les entitats responsables han de facilitar a les persones afectades la consulta de la informació sobre la traçabilitat de llurs dades.

3. Els professionals dels serveis socials han de mantenir el deure de secret sobre la informació a la qual tinguin accés, fins i tot un cop finalitzada la vinculació amb l'entitat per a la qual presten serveis.”

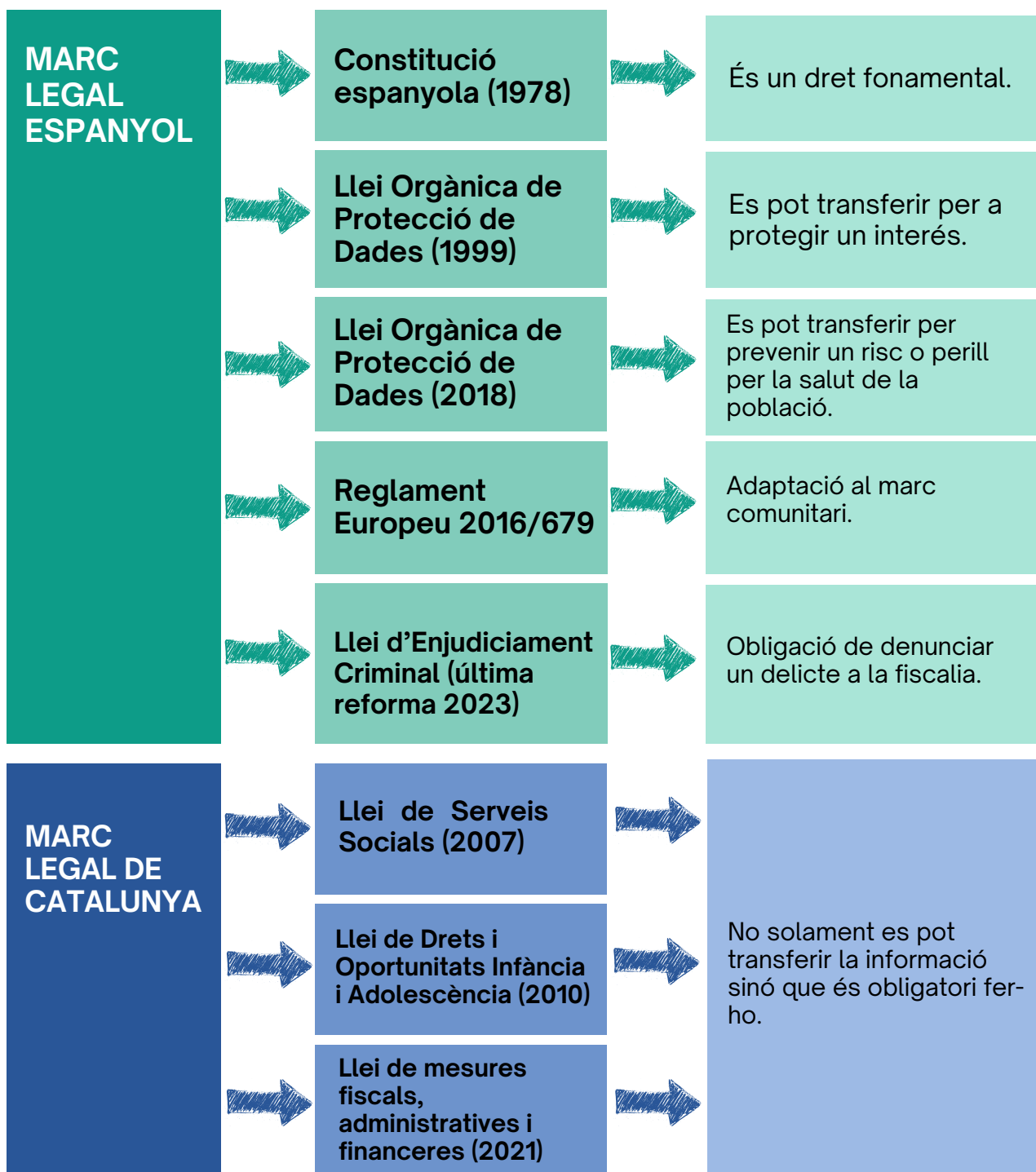
Per tant, el marc legal pel que fa a la Comunitat Autònoma de Catalunya, estableix de manera clara i categòrica que amb l'objectiu de protegir les persones en situació de risc social, els serveis de salut i els serveis socials han de transferir-se tota aquella informació que sigui rellevant per a la resolució del cas.

5 . 8 . R E S U M

Arribats a aquest punt, podem resumir el marc legal que regula la transferència d'informació rellevant entre serveis, especialment entre els serveis socials i els de salut, amb els següents termes:

- I) La protecció de les persones físiques en relació amb el tractament de les dades personals és un dret fonamental protegit per l'article 18 de la Constitució Espanyola. Aquest article garanteix els següents drets: es garanteix el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge.
- II) La Llei de Protecció de Dades Personals, promulgada el 13 de desembre de 1999, va establir que “no serà precís el consentiment quan el tractament de les dades de caràcter personal tingui per finalitat protegir un interès vital de l'interessat”.
- III) La Llei de Protecció de Dades, de 3 d'octubre de 2018, estableix, en la seva disposició final novena que es podrà tenir accés a dades de la història clínica quan sigui necessari per a la prevenció d'un risc o perill greu per la salut de la població.
- IV) En l'àmbit de la Comunitat Autònoma de Catalunya, tres lleis, la de Serveis Socials, la de Drets i Oportunitats de la Infància i l'Adolescència i la de Mesures fiscals, financeres, administratives i del sector públic no solament permeten la transferència de la informació clínica sinó que obliguen a fer-la en tots aquells casos en els que cal implementar mesures de protecció. (figura 1)

Figura 1. Resum dels marcs legals de l'Estat Espanyol i de Catalunya en relació amb la Protecció de Dades Personals i Transferència d'Informació entre Serveis.



6. CASOS PRÀCTICS DE COORDINACIÓ ENTRE SERVEIS SOCIALS I SALUT MENTAL

A continuació es presenten 5 casos atesos per Serveis Socials i Salut Mental. A més, en alguns d'ells ha intervingut també el SEAP. A fi d'escriure'ls de forma més homogènia s'han efectuat algunes modificacions en la seva estructura, mantenint-se en el redactat original els aspectes més rellevants.

Cas Número 1: Unitat SERPI. Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Pacient de 57 anys diagnosticat d'Esquizofrènia Indiferenciada Crònica, Trastorn Obsessiu Compulsiu, Trastorn de Control dels Impulsos i Trastorn de Personalitat no Especificat (mixt amb trets antisocials, obsessius i histriònics). Té reconegut un Grau I de Dependència i un 66% de grau de discapacitat.

Va Ingressar a la unitat SERPI (Servei de Rehabilitació Psiquiàtrica Intensiva) de Sant Boi de Llobregat de SJD per descompensació clínica, el 22/06/2009. Un mes després se li va imposar una Mesura de Seguretat de set anys d'internament en hospital psiquiàtric i ordre d'allunyament de la mare, per un delictes de violència i maltractament físic contra ella.

Una vegada finalitzada l'ordre d'allunyament i la mesura de seguretat es va valorar mantenir l'ingrés hospitalari davant la impossibilitat de retorn al domicili familiar i en espera d'accés a plaça de recurs residencial per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental; sol·licitud realitzada el 12/07/2017.

El pacient, durant l'ingrés, es va mantenir estable clínicament, mostrant autonomia en les activitats de la vida diària (ABVD), amb supervisió i requerint suport per a les activitats instrumentals. Participà en tallers de rehabilitació amb períodes d'adherència i irregularitat, va mostrar dificultats en els desplaçaments, per pors i requerint acompanyament per a sortides fora del recinte.

Perceptor d'una prestació per fill a càrrec i orfenesa simple (el pare havia mort feia més de quinze anys i és fill únic). La mare tenia la pàtria potestat rehabilitada, era la que gestionava l'economia del pacient (800€ aproximadament), li feia periòdicament un ingrés econòmic en un compte bancari de l'hospital perquè pogués participar en activitats de rehabilitació i compra de roba. La mare d'edat avançada tenia un problema sever d'audició i no era possible parlar amb ella per telèfon. El contacte durant aquests anys previs era a través d'una persona que es presentava com la treballadora familiar (TF) de la mare.

Una vegada finalitzada la mesura penal d'internament i l'ordre d'allunyament, el pacient va sol·licitar poder tornar a veure a la seva mare, a la qual no havia vist en 7 anys. La TF va referir que la mare no volia tornar a veure al seu fill perquè tenia por. Segons la TF, la mare a part dels problemes d'audició, tenia dificultats per a caminar i era ella la que acudia a l'entitat bancària per a fer els ingressos econòmics per al pacient.

Davant d'aquesta situació irregular es va plantejar a la TF coordinació amb l'entitat gestora del servei d'atenció domiciliària. En aquell moment la TF va explicar que ella havia estat la treballadora familiar depenent d'un servei de SAD, però que des de feia anys havia deixat de treballar per a aquesta entitat i tenia una relació extra-professional amb la mare del pacient.

Davant d'aquella informació es va plantejar la necessitat de parlar directament amb la mare i organitzar una visita domiciliària, però la TF va informar que la mare era molt desconfiada i no havia permès l'accés de serveis socials al domicili, però que intentaria convèncer-la.

Es va realitzar una coordinació amb Serveis Socials de zona, aquests varen referir que no coneixien la senyora perquè no acudia al servei ni havia realitzat demandes. Informant que els hi constava que tenia anteriorment actiu un SAD públic i que es va paraitzar per l'inici d'una obra en el domicili. Vàrem informar de la situació en la qual es trobava el pacient, sense un suport efectiu de les mesures judicials de suport; pel que informàrem a Fiscalia de la situació. Es va facilitar també el contacte de la TF perquè poguessin contactar i facilitar una visita domiciliària. Es desconeixia si podria haver-hi algun tipus d'aprofitament econòmic per part d'aquesta persona.

Es va notificar a la Fiscalia la situació del pacient, sol·licitant una revisió de les mesures de suport i que una Fundació de suport pogués exercir aquesta funció. Aquest procediment es va demorar un any aproximadament.

L'accés per part de Serveis Socials de zona va ser difícil perquè la TF era la que realitzava el suport, l'acompanyament a visites mèdiques i no facilitava l'accés. Finalment, a través d'una veïna i l'equip d'infermeria de l'ABS que acudia al domicili a realitzar cures a la mare, serveis socials va poder accedir al domicili. En aquell moment el pacient ja tenia assignada una Fundació de suport, però no podien encara accedir als seus comptes bancaris, per la qual cosa serveis socials va abordar amb la mare aquella situació i facilitar que poguessin domiciliar una transferència bancària perquè la Fundació pogués accedir als recursos econòmics del pacient.

Serveis Socials va notificar a Fiscalia la situació de vulnerabilitat de la mare i el risc d'aprofitament per part de tercers, resolent-se més endavant amb l'assignació d'una Fundació de suport per a ella.

A través de la veïna, es varen poder fer visites supervisades per professionals entre el pacient i la seva mare en un espai públic amb una freqüència mensual. L'intercanvi d'informació, la coordinació i el treball conjunt amb Serveis Socials, la Fiscalia, les entitats de suport i agents clau del territori (veïna) i la infermera de l'ABS; varen permetre desbloquejar la situació d'aïllament de la mare i un possible aprofitament per part de tercers, disposar tots dos d'unes mesures de suport efectives i reprendre una relació supervisada entre mare i fill, facilitant vies de reparació.

El 30/04/2021 el pacient va accedir a una plaça de Llar Residència per persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental, amb bona adaptació, procedint a l'alta hospitalària.

Comentaris

Aquest cas ens indica els beneficis, per tots plegats, d'un treball de coordinació i compartició de la informació clau. Volem remarcar el que, pensem, és un dels punts crucials del cas: La Treballadora Social de salut mental va contactar amb Serveis socials per sol·licitar informació i, alhora, explicar el que s'estava detectant. Allò va permetre intervenir de manera conjunta i informar a Fiscalia per tal d'instaurar mesures de protecció.

Des de la perspectiva del marc legal, en aquest cas s'ha actuat en consonància de la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals garantia dels drets digitals, concretament, l'article 6 de l'esmentada llei estableix el següent:

Adaptació de la legislació al Reglament de l'UE 2016/679 del Parlament Europeu.

Article 6 relatiu a la licitud del tractament de dades estableix:

1. El tractament només serà lícit si es compleix almenys una de les següents condicions:

a) L'interessat ha donat el consentiment per al tractament de les seves dades personals, per a una o diverses finalitats específiques;

d) El tractament és necessari per protegir interessos vitals de l'interessat o d'una altre persona física;

e) El tractament és necessari per el compliment d'una missió realitzada en interès públic o en l'exercici de poders públics conferits al responsable del tractament;

f) El tractament és necessari per satisfer interessos legítims perseguits pel responsable del tractament o per un tercer, sempre que no hi prevalguin els interessos o els drets i les llibertats fonamentals de l'interessat que requereixen la protecció de dades personals, especialment si l'interessat és un nen.

La transferència d'informació es va fer de manera totalment legal ja que estava legitimada per l'article 6, apartat d, de la llei de protecció de dades personals.

Cas número 2: Benito Menni CASM i Hospital General de Granollers

Pacient de 49 anys en seguiment del CSMA (Centre de Salut Mental d'Adults) des del febrer de 2019 per presentar símptomes compatibles amb Trastorn per estrès posttraumàtic. Sense antecedents psiquiàtrics previs.

Durant l'any 2020 va ingressar a l'Hospital de Dia per estabilització clínica, rebent el diagnòstic de Trastorn per Estrès Posttraumàtic i Trastorn Depressiu Major greu. Un parell de mesos més tard va ingressar a la Unitat d'Aguts. El darrer ingrés a l'Hospital de Dia va ser el maig de l'any 2022, des de llavors es trobava en seguiment al CSMA.

El seu procés es caracteritzava per una evolució tòrpida amb clínica ansiosa, depressiva i psicòtica amb interferències greus a la seva vida diària en l'àmbit laboral, familiar i social. Situació social complexa presentant crisis d'ansietat, estat d'ànim depressiu amb idees de culpa i desesperança, així com pensaments tanàtics. Es va derivar a urgències per a contenció diverses vegades.

Tenia un grau de discapacitat reconegut del 53%, així com un Grau II de Dependència.

Realitzava seguiment al CSMA per part de psiquiatria, infermeria, psicologia i treball social. També feia estada al Servei de Rehabilitació Comunitària tres dies a la setmana.

En l'àmbit familiar cal comentar que els seus pares tenien uns 80 anys i residien a la província de Barcelona. Ell era el cinquè de 10 germans, tots residien a Andalusia menys una germana. Estava casat des de feia 13 anys i la seva dona era natural d'un país de Sud-Amèrica i feia 26 anys que residia a Espanya i tenia cinc fills, tots emancipats menys una filla, aquesta també té una filla d'11 anys. El pacient i la parella eren les seves figures de cura.

En l'àmbit laboral, el pacient treballava com en una empresa de seguretat i després d'un succés traumàtic va sol·licitar la Incapacitat Temporal (IT). Aquesta es va resoldre atorgant una Incapacitat Permanent Absoluta des del 09/07/2021, amb una quantia mensual de 743€. La seva dona treballava fent feines de neteja ocasionals.

Pacient vinculat a serveis socials des de l'any 2017. Es van fer diverses coordinacions entre els serveis socials d'atenció primària i el CSMA.

Vivia a un habitatge de lloguer, però arran de la resolució d'incapacitat no va poder sufragar les despeses del lloguer, iniciant-se un procediment judicial de desnonament que es va materialitzar en el primer trimestre de l'any 2023. Els professionals del CSMA desconeixien aquesta situació fins dos dies abans de fer-se efectiu, moment en què serveis socials va demanar un informe mèdic i social urgent on havia de quedar reflectida la fragilitat i el risc de la situació de salut del pacient per tal d'aturar el desnonament.

Des del CSMA es va informar a la treballadora social que no es tenia constància de la situació i que prèviament a lliurar l'informe als serveis socials s'havia de parlar amb el pacient, per dues raons:

- Desconeixement per part del CSMA de la situació del pacient a nivell del procediment judicial.
- Desconeixement de la vivència del pacient respecte a la seva situació actual: Quina informació tenia el pacient? Es podia fer la petició de l'informe? Es trobava estable per poder sol·licitar-ho ell? Estava d'acord a sol·licitar-ho?

Es va contactar amb el pacient i es va valorar que aquest es trobava estable per poder sol·licitar l'informe, entenia el procediment legal en què es trobava i expressava que no tenia coneixement de necessitar un informe mèdic per poder aturar el desnonament. Demostrava desinterès, apatia i ambivalències a continuar en l'habitatge habitual. Va referir que aniria a viure a casa d'un familiar. Es va confirmar amb el psiquiatre referent que el pacient estava estable i que tenia capacitat per decidir. Davant de les ambivalències del pacient, i després de reconduir la situació, es va decidir lliurar l'informe a serveis socials.

Després del desnonament el pacient va viure el primer mes a un hotel amb suport de SSB del territori i posteriorment va acudir al domicili de la seva germana amb la seva dona i la seva neta, dormint al sofà de l'habitatge. Tenia concedida Taula d'Emergència des del març del 2022, esperant habitatge de protecció social i paral·lelament es trobava en espera de pis de lloguer social fins a la resolució de la Taula.

Els professionals del Centre de Salut Mental es varen trobar davant d'un dilema:

Fins a quin punt la Llei de Serveis Socials actual legitima al sistema sanitari a poder elaborar i lliurar un informe clínic sense el consentiment d'un pacient que es troba estable clínicament i que mostra una actitud ambivalent vers la seva situació de vulnerabilitat i fragilitat?

Comentaris

En primer lloc, cal valorar la diagnosi psiquiàtrica del pacient; aquí ens trobem davant d'un primer problema: A l'inici de l'informe es fa constar el diagnòstic de trastorn per estrès posttraumàtic i trastorn depressiu major, però, més endavant, s'afegeix que hi ha clínica psicòtica. La pregunta és:

De quina clínica psicòtica es tracta? Són deliris melancòlics? Hi ha ideació de culpa? Nihilista? Catastrofista?

La pregunta no és banal, ja que es tracta de dilucidar si el pacient tenia un adequat judici de realitat, necessari per poder valorar la situació de vulnerabilitat en la que vivia, especialment, pel que fa referència al desnonament.

Posteriorment, es deia que l'havia visitat el psiquiatre i que aquest havia garantit que el pacient estava capacitat per decidir sobre el seu futur, llavors, què va passar amb la clínica psicòtica? Havia remès? o estava subjacent a l'apatia a la que també es feia referència?.

La segona qüestió a assenyalar és el caràcter d'urgència de la intervenció. Com és que es va donar una urgència, si el tema del desnonament venia ja planejat des de feia temps?.

A més, des del CSMA es va informar que no tenien coneixement de la situació de risc social del pacient.

Probablement, aquest és un cas que mostra de manera clara la necessitat d'una col·laboració sistemàtica entre serveis socials i salut mental, però no des de la urgència, sinó des de la planificació, absolutament necessària per protegir el pacient enfront del desnonament i sobretot, de les conseqüències en termes d'apatia i inhibició de la seva patologia depressiva.

Entenem que la llei protegeix les persones que es troben en risc de ser desnonades i que, simultàniament, pateixen una patologia psiquiàtrica que provoca una disminució, ja sigui en el seu judici de realitat o en la capacitat de prendre decisions de manera responsable.

Hem agafat com a referència el Real Decreto-ley 20/2022, de 27 de diciembre, de medidas de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la Guerra de Ucrania y de apoyo a la reconstrucción de la isla de La Palma y a otras situaciones de vulnerabilidad, vigent en aquell moment, on s'establia en el seu article 1 que en els judicis verbals de reclamació de rendes o quantitats degudes per l'arrendatari o expiració del termini del contracte, es podia presentar un incident de suspensió extraordinària de desnonament o llançament davant del Jutjat per trobar-se en una situació de vulnerabilitat econòmica que impossibilitava trobar una alternativa habitacional per la persona i les persones amb qui vivia. Aquestes mesures tenien caràcter extraordinari i temporal, deixant de tenir efecte el 30 de juny de 2023. La persona arrendatària havia d'acreditar que es trobava en alguna de les situacions de vulnerabilitat econòmica regulades al precepte legal.

A més, tenim el marc legal que s'ha presentat en la primera part d'aquest document:

No cal el consentiment quan les dades de caràcter personal es recullin per a l'exercici de les funcions pròpies de les administracions públiques en l'àmbit de les seves competències (...) quan el tractament de les dades tingui per finalitat protegir un interès vital de l'interessat en els termes de l'art. 7.6 d'aquesta llei (...)

I, també, la Llei de Serveis Socials:

- **Títol III Capítol IV. Coordinació o col·laboració interadministratives.**

- Art. 39. Disposició general

- 1.El Govern i el departament competent en matèria de serveis socials han de vetllar per garantir la coordinació i la integració adequades del sistema de serveis socials amb els altres sistemes que contribueixen al benestar de les persones.

2. Les mesures de coordinació s'han de dirigir especialment als àmbits de salut, educació, ocupació, justícia, habitatge i cultura i han de garantir l'intercanvi de la informació necessària per a detectar les situacions d'alt risc social i intervenir-hi.

Cas Número 3: CSMA Sant Feliu de Llobregat. Germanes Hospitalàries-Hospital Sagrat Cor.

Pacient de 42 anys diagnosticat d'esquizofrènia paranoide, sordesa congènita i abús de consum de cànnabis. Tenia reconegut un Grau de discapacitat del 80 % i un Grau I de Dependència. Va arribar al CSMA (Centre de Salut Mental d'Adults) de Sant Feliu de Llobregat el mes de febrer de 2018 arran d'un canvi de sector.

Va iniciar clínica psicòtica quan tenia 30 anys i va requerir un primer ingrés al Parc Sanitari de Sant Joan de Déu el maig de 2014, per haver presentat idees delirants amb repercussió conductual (heteroagressivitat vers el pare).

Era el menor de tres germans, els pares es varen separar quan ell tenia 13 anys i no hi havia hagut cap contacte amb la mare; sempre havia viscut amb el pare, home de 79 anys, amb un grau de discapacitat del 70 % degut a una pluripatologia. Dels dos germans del pacient, un vivia a l'estranger, amb el que no hi havia hagut contacte i la germana residia a Barcelona.

A nivell laboral, el pacient tenia una escassa experiència, havia realitzat diversos treballs de curta durada. Era perceptor de 950 euros mensuals per tenir reconeguda una incapacitat permanent absoluta. El pare també era perceptor d'una Pensió no Contributiva.

A nivell d'habitatge, vivien en un nucli del Baix Llobregat, en una casa de propietat d'un dels germans del pare. Únicament havien de pagar els subministres.

El pacient des de l'inici va mostrar una nul·la consciència de malaltia a més de resistències a rebre tractament. Els primers mesos, tot i que assistia obligat i es va mostrar queixós amb el tractament, es va mantenir estable clínicament i en les coordinacions amb els Serveis Socials Bàsics (SSB) es va referir que la convivència amb el pare havia millorat.

El juny de 2019, en una coordinació amb els SSB, es va informar d'una agressió al pare per part del pacient, però sense que s'hagués posat denuncia. El pacient no va mostrar una actitud col·laboradora, hi havia consum de cànnabis i no hi havia garanties de què es prengués la medicació que se li havia prescrit.

El mes de juliol del 2019 va ingressar a la Unitat d'Aguts arran d'un episodi d'agitació amb agressió al pare. Aquell ingrés va tenir una durada de 3 mesos. Es va produir una evolució clínica favorable i es va aprofitar l'ingrés per oferir-li el programa de seguiment individualitzat (PSI). El pacient es va mostrar receptiu i va acceptar el servei tot i que en la primera visita que va tenir amb el seu referent del PSI va expressar el seu desacord amb el diagnòstic i els seus dubtes sobre la necessitat del tractament farmacològic.

Els objectius de la derivació al Programa PSI foren millorar la seva consciència de malaltia, enfortir l'adhesió al tractament farmacològic i aconseguir la vinculació als recursos comunitaris. Es va proposar també l'objectiu de millorar les estratègies d'afrontament davant els conflictes de convivència amb el seu pare, atès que va expressar un cert temor a no poder controlar les seves emocions i tenir respostes agressives que li poguessin comportar nous ingressos hospitalaris o detencions policials.

Durant les primeres setmanes post alta hospitalària, malgrat l'abandonament parcial del tractament, el pacient es va mostrar col·laborador i es va aconseguir una bona aliança amb el seu pare.

La intervenció des del Programa PSI va permetre obtenir més informació sobre la dinàmica familiar, es va detectar un pare amb greus problemes de consum d'alcohol i que emprava un estil de comunicació molt hostil amb el seu fill. Es varen realitzar diverses mediacions en les quals es va aconseguir arribar a alguns acords, però, ambdós els varen incomplir constantment i els enfrontaments varen ser cada vegada més habituals, sense aconseguir millorar la dinàmica familiar.

Temps després, en una de les entrevistes familiars que es van realitzar en el domicili es van exposar els problemes detectats envers el pare i aquest no va acceptar cap de les orientacions fetes, prohibint les visites del professional del PSI amb el seu fill. Es va haver de donar d'alta del servei per tal d'evitar major conflictivitat, fet que va ser comunicat als Serveis Socials.

Aquesta circumstància va generar preocupació en l'equip de Salut Mental i es va decidir tenir una entrevista amb la germana del pacient per tal d'informar-la de la situació. La germana va veure molt difícil la intervenció vers el pare i va explicar que ella, en alguna ocasió li havia plantejat al pacient, poder anar a viure sol i s'oferia en donar-li suport. L'equip de Salut Mental va reforçar aquesta proposta al pacient, treballant en aquesta línia i també recordant-li que tenia una sol·licitud de plaça de residència on constava en llista d'espera. Al pacient li va costar decidir-se, tot referint que ho veia inviable.

Poc després, es va produir un nou ingrés hospitalari arran d'un empitjorament de la clínica i de tornar a presentar ideació delirant de perjudici i alteracions de conducta en forma d'irritabilitat i agressivitat, sobretot vers el pare. Arran d'allò, es va dictar una ordre d'allunyament per la qual no podia tornar al domicili.

Aquest ingrés va ser més llarg ja que va incloure una estada a la Unitat de Subaguts. En la preparació de l'alta es va decidir que anés a viure a una pensió a Barcelona i es va programar una nova intervenció del referent del PSI. No obstant, es va fer palesa la dificultat de prendre decisions amb ell (manca de col·laboració, rebuig de totes les propostes que se li van fer). També va rebutjar la plaça de residència que havia sol·licitat.

Malgrat l'ordre d'allunyament, el pacient va tornar al domicili del pare i va ser novament detingut passant una nit a comissaria. Posteriorment, va passar a viure a casa d'un amic.

A partir d'aquell moment, va passar quasi tot el temps ingressat a l'Hospital Sagrat Cor de Martorell, amb períodes d'alta molt breus. En el moment que s'escriu la monografia està ingressat a la Unitat de Subaguts i ha tingut diversos judicis per les diferents denúncies rebudes. Mostra una estabilitat clínica, ha tingut permisos en alguns dels quals ha transgredit l'ordre d'allunyament i això ha provocat una nova detenció. Posteriorment no hi ha hagut nous episodis de transgressió de l'ordre.

Des de Serveis Socials han informat que el pare està mes tranquil i li han valorat un Grau I de dependència.

L'elecció d'aquest cas ha estat determinada per donar a conèixer la situació en la que es troben els professionals dels serveis de Salut Mental quan han d'atendre persones amb perfils com els descrits i la complexitat de les diverses intervencions que cal realitzar. La manca de consciència de malaltia mental, una fràgil adhesió als tractaments indicats, la no acceptació de recursos residencials i, finalment, que l'ingrés hospitalari no és un recurs definitiu, constitueixen un panorama que posa a prova els professionals dels diferents serveis implicats.

Comentaris

Certament, es tracta d'un cas d'elevada complexitat, derivada tant de la patologia mental del pacient identificat, com de l'addicció a l'alcohol per part del pare.

El diagnòstic d'esquizofrènia s'associa en moltes ocasions a un consum elevat de tòxics, especialment de cànnabis. Això complica les coses en tant va associat també, a un no bon compliment de la medicació psiquiàtrica.

Psicosi, situació social molt precària del pacient, sumada a l'addicció a l'alcohol per part del pare, més conductes violentes que van comportar una ordre d'allunyament, ens porta a considerar elaborar una sol·licitud a Fiscalia, per tal que es consideri l'adopció de mesures de protecció pel pacient, designant una fundació que es faci càrrec de supervisar els aspectes econòmics i de salut.

D'altra banda, els professionals dels dispositius de salut mental i els de serveis socials d'atenció primària, varen intercanviar informació rellevant pel maneig del cas. Aquesta transferència es va fer respectant el marc legal vigent, tant la Llei de Protecció de Dades Personals, com la Llei de Serveis Socials i, finalment, la Llei 2/2021, de 29 de desembre, de mesures fiscals, financeres, administratives i del sector públic. Aquesta llei habilita la comunicació de dades entre els serveis socials i els serveis sanitaris del sistema públic, sense el consentiment de les persones interessades, garantint l'atenció integral efectiva. S'habiliten els serveis de salut per a comunicar als serveis socials i viceversa, les dades relacionades amb les persones ateses, i també les dades de la història clínica que puguin tenir afectació en l'autonomia personal, per a detectar i intervenir en situacions de risc social.

Resulta obvi que, sense haver-se produït aquest marc de col·laboració entre serveis, la complexitat del cas hagués estat encara més elevada.

Cas Número 4: Serveis Socials de l'ajuntament de Sant Joan Despí.

El gener de 2019 la Secció Territorial de Sant Feliu de Llobregat de la Fiscalia Provincial de Barcelona ens va demanar informació d'un senyor que tenia obert procediment d'incapacitació judicial. En aquell moment només vàrem poder respondre que des de Serveis Socials no l'ateníem i, per tant, no hi havia expedient del cas.

Arran de conflictes recurrents d'aquest senyor amb la seva comunitat de veïns, fet que havia generat múltiples intervencions dels cossos de seguretat, la Policia Local ens va demanar col·laboració en aquest cas. La nostra resposta fou mantenir que no era una persona coneguda pels Serveis Socials, que no estava empadronada al municipi de Sant Joan Despí i que la funció com equip d'atenció social primària no era la mediació veïnal.

Tanmateix, una de les intervencions conjuntes que vam realitzar va ser acompanyar a una patrulla de la Policia Local per mantenir una conversa amb ell, però es va negar a respondre a les nostres preguntes. Vàrem acreditar que no era possible pernoctar al local.

Posteriorment, i a través de la Policia Local, vàrem posar-nos en contacte amb un dels seus germans que va atendre breument la nostra trucada per explicar-nos que feia més de 40 anys que no mantenia contacte amb el seu familiar, que li havien diagnosticat una malaltia mental durant la seva joventut i que desconeixia on vivia i la seva situació actual. D'altra banda, ens vam coordinar amb el CAP de zona, però només constava una visita d'urgència l'any 2006. També vam esbrinar que el senyor no estava vinculat en l'àmbit social ni sanitari al municipi contigu.

Donades les dificultats de la situació: el senyor ni vivia ni es trobava empadronat a Sant Joan Despí, la possibilitat que tingués un problema de salut mental i veient que el conflicte veïnal augmentava dia a dia, es va valorar sol·licitar la intervenció del SEAP del Consell Comarcal del Baix Llobregat.

Es va fer un recull de les actuacions portades a terme per Serveis Socials, Policia Local i un informe de valoració del SEAP que es va presentar a Fiscalia, juntament amb un escrit en què es deia que el conflicte era actiu des de l'any 2021, havia anat augmentant, i les actuacions del senyor cada vegada eren més preocupants. A més, el malestar i preocupació ciutadana havia anat creixent.

El SEAP ha fet d'enllaç entre l'Ajuntament de Sant Joan Despí i la Secció Territorial de la Fiscalia Provincial de Barcelona, a banda de recopilar i portar físicament un dossier amb totes les actuacions realitzades per Policia Local i Serveis Socials, atès que és el sistema judicial el que ha d'establir les mesures corresponents. També el metge forense ens va sol·licitar poder coordinar-nos telefònicament per canviar impressions sobre el cas.

Així mateix, Policia Local i Serveis Socials ens vam coordinar amb el Servei d'Emergències Mèdiques per explicar la possible situació de malaltia mental del senyor i que els tècnics tinguessin coneixement del cas davant una possible activació d'ambulància.

Més enllà de l'explicat, podem enumerar algunes de les dificultats trobades en aquest cas:

- Col·laborar / intervenir en el cas d'una persona no empadronada ni amb residència efectiva al municipi de Sant Joan Despí, amb una funció que no forma part de les tasques de Serveis Socials.

- No disposar d'Història Social Compartida. Sant Joan Despí utilitza el Sistema d'Informació de Serveis Socials DiBa Hèstia, però només podem consultar a través del Registre d'Informació Compartida (RIC) si la persona ha estat atesa a Serveis Socials de municipis que utilitzen aquest mateix programa informàtic.
- No disposar d'accés a la Història Clínica Compartida, motiu pel qual no sabíem el CAP on aquesta persona era atesa. D'altra banda, el contacte telefònic amb la recepció dels ambulatoris era complicada, la coordinació amb Treball Social no era àgil i, a més, també es varen produir reticències per compartir la valoració diagnòstica amb els serveis socials.
- No disposar de cap contacte dins de la xarxa familiar o xarxa social que ens pogués ajudar a conèixer més el cas i, conjuntament amb la Policia Local, establir una línia d'actuació per orientar a la persona als serveis de salut mental per explorar i valorar la seva situació.

Valorem positivament la intervenció conjunta de tots aquests serveis per avançar en la cerca de possibles alternatives del cas, malgrat la manca d'integració digital dels serveis socials, de salut i de salut mental, així com d'espais de coordinació presencial i/o telemàtics entre professionals del Treball Social. En aquest cas es posen en relleu les dificultats que es troben a l'haver d'intervenir agents d'altres territoris.

Comentaris

Tant des de Serveis Socials com des del SEAP s'ha valorat positivament la intervenció conjunta de tots els serveis implicats en el cas, amb l'objectiu d'avançar en la cerca de possibles alternatives. No obstant això, els professionals que hi han intervingut han fet paleses les dificultats derivades de la manca d'integració digital de serveis socials, de salut i de salut mental, així com d'espais de coordinació presencial i/o telemàtics entre professionals del Treball Social.

També s'han fet paleses les dificultats amb les quals han topat els serveis socials a l'hora de sol·licitar informació rellevant als dispositius de salut. Pensem que és crucial que tots els professionals dels diversos àmbits han de conèixer de manera exhaustiva el marc legal que regula la transferència d'informació clau entre serveis.

Cas número 5: Serveis Socials de l'Ajuntament de Sant Andreu de la Barca i CAP de Sant Andreu de la Barca

L'any 2018 la jove d'una senyora de 81 anys va arribar a Serveis socials manifestant la seva preocupació per les patologies que patia la seva sogra (Parkinson, depressió,...) i la necessitat de suport.

La senyora era vídua des de feia 14 anys, el matrimoni va tenir 4 fills, un dels quals (el més gran) va morir fa uns 4 anys i els altres fills no tenien relació amb la seva mare des de feia temps. La seva jove era l'única de la família que en aquell moment li oferia suport i era la cuidadora principal.

Des de SSB es va activar el servei de Teleassistència, el Servei d'Atenció a Domicili (SAD) i es va tramitar la sol·licitud de reconeixement de la Dependència, se li reconeix un Grau I.

Posteriorment, una de les filles es va traslladar al seu domicili per atendre-la. La jove, tot i que continuava mantenint contacte amb la sogra, es va mantenir al marge.

Passat un temps, des del SAD varen informar que la senyora havia manifestat mala relació amb la filla, circumstància que es va confirmar amb la jove i es va realitzar visita a domicili conjunta amb la treballadora social (TS) sanitària, però ella va desmentir aquesta informació. A més, la filla va sol·licitar voler ser la cuidadora per dependència de la mare, realitzant baixa del SAD, però des de SSB es va valorar continuar amb el servei.

Durant un temps varen continuar convivint fins que una neta, filla de la cuidadora, va fer fora a la seva mare del domicili manifestant mala atenció cap a l'àvia. En aquell moment ella, el seu marit i el fill es varen traslladar al seu domicili. La neta, en entrevista amb SSB, explicà que a partir d'aquell moment ella es faria càrrec de la seva àvia i la seva sogra també la cuidaria mentre ella treballava.

Poc temps després, des del SAD, tot i el deteriorament progressiu que anava mostrant la senyora, que podria estar relacionat amb la malaltia degenerativa que patia, es va detectar una situació de risc. Es varen observar llençols lligats a les baranes del llit; tot i estar la cuidadora no se li feien els canvis de bolquers, estant bruta en diverses ocasions; a més presentava hematomes al cos. Arran d'això, i degut a què sempre s'havia mantingut una bona coordinació amb la TS sanitària, es va plantejar portar el cas de forma conjunta i coordinada, on també s'impliqués el Gestor de casos de Salut.

Durant aquell temps, la jove de la senyora manifestava preocupació per ella; a més, la família cada cop li deixava mantenir menys contacte. Des de SSB i Salut es van realitzar visites a domicili on, a més d'una desatenció en les cures, es va detectar un possible aprofitament econòmic per part de la família convivent. La sogra de la neta rebia una remuneració important dels ingressos de la senyora, la qual també assumia totes les despeses de la llar.

Tot i que cada cop s'evidenciava més deixadesa i desordre, la senyora en cap moment va verbalitzar estar mal atesa i desmentia que l'haguessin lligat al llit, justificant els hematomes detectats, ja que verbalitzava que la família l'intentava ajudar, però era ella la que no feia cas. En aquell moment es va decidir ampliar el servei de SAD tot i la disconformitat de la família.

Es va mantenir la sospita de descurança i es va valorar, conjuntament amb la TS sanitària, realitzar Petició de Mesures Urgents de Protecció per la senyora. Des de Salut varen aportar tota la informació des de el vessant clínica necessària i per part de Serveis socials es varen adjuntar totes les actuacions realitzades per tal de presentar-les a Fiscalia.

La senyora va començar a patir descompensacions que van provocar diverses visites a urgències, pèrdua molt important de pes i presentació de nafres.

En aquell moment es varen plantejar diversos recursos per a ella, valorant la possibilitat d'ingrés residencial en plaça social municipal. Aquesta proposta se li va plantejar com un Respir per recuperació i la senyora la va acceptar. Des de salut agilitzaren la documentació mèdica i la pauta de medicació per accelerar l'ingrés.

Finalment, no va ingressar per canvi d'opinió de la senyora i possible coacció de la família, a canvi es plantejà l'opció de centre de dia, ja que va manifestar voler anar-hi.

Arran de la impossibilitat del Centre de dia de realitzar les gestions per l'ingrés i la no resposta de la neta en els intents de contactar-hi, es va plantejar el possible ingrés en un sociosanitari per poder establitzar el seu estat de salut, però la senyora també es va negar.

Atès que la situació al domicili no millorava i la senyora ja presentava un estat de salut molt fràgil, amb pèrdua de pes important, desorientació i la negativa a voler ingressar a cap recurs, es va acordar presentar el cas al SEAP per assessorament en les actuacions realitzades i orientació jurídica, degut a què en aquell moment vam tenir coneixement que la jove disposava de poders notariais. En aquell assessorament es va acordar realitzar l'ingrés en centre sociosanitari.

Aquest ingrés va permetre una recuperació ràpida i sorprenent de la senyora, millorant a nivell de salut tant física com cognitiva; a més, va poder verbalitzar, sense coacció, la situació de negligència que havia viscut al domicili, podent realitzar les actuacions i denúncies pertinents

Comentaris

Aquest cas és molt il·lustratiu de com la família més propera és un factor de risc de maltractament en totes les seves diverses modalitats. L'espoli econòmic, la negligència, les coaccions i la negació de rebre les atencions adients, varen estar presents de manera perllongada.

D'altra banda, l'estreta col·laboració entre els diversos dispositius implicats (serveis socials, salut, SAD), coordinant les intervencions, intercanviant informacions rellevants i, finalment, sol·licitant l'assessorament del SEAP, varen permetre posar fi a una situació de maltractaments continuats.

7. CONCLUSIONS

De tot el que s'ha exposat es poden extreure les següents conclusions:

I) És un fet que les societats del Primer Món estan experimentant un progressiu envelliment de les seves poblacions. Aquest fenomen demogràfic s'afegeix a un símptoma social: el rebuig que provoca tot el que està relacionat amb el fet d'envellir. Les persones grans suposen una càrrega per les famílies i també pels dispositius sanitaris i socials. I és en aquest context que emergeix un problema que va en un augment progressiu: els maltractaments a les persones grans.

II) Un segon punt és el que es refereix a les dificultats que tenen molts professionals quan detecten situacions de maltractaments a les persones grans. L'absència d'un marc legal específic per a la gent gran, que sí existeix per a la infància i l'adolescència i per a les dones víctimes de violència masclista, constitueix un seriós obstacle a l'hora de poder intervenir i protegir les persones grans.

III) El marc legal que regula la transmissió d'informacions personals està constituït per diverses lleis entre les quals destaquem:

- L'article 18 de la Constitució Espanyola. Aquest article garanteix els següents drets: es garanteix el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Aquesta Llei estableix, en la seva disposició final novena que es podrà tenir accés a dades de la història clínica quan sigui necessari per la prevenció d'un risc o perill greu per la salut de la població.
- En l'àmbit de la Comunitat Autònoma de Catalunya, tres lleis, la de Serveis Socials, la de Drets i Oportunitats de la Infància i l'Adolescència i la de mesures fiscals, financeres, administratives i del sector públic no solament permeten la transferència de la informació clínica sinó que obliguen a fer-la en tots aquells casos en què cal implementar mesures de protecció.

IV) Dels casos exposats s'infereix que quan ha estat possible la transferència d'informació entre els serveis que intervenen en el cas la resolució ha estat possible. Això mateix és constatat en el dia a dia de l'activitat del SEAP. La transferència d'informació clínica rellevant ja sigui des del CAP o des del Centre de Salut Mental ha permès facilitar informació clau al Ministeri Fiscal de cara a dictar mesures de protecció de les persones que són víctimes de maltractaments.

8. GLOSSARI

En aquest glossari s'expliquen alguns dels conceptes que, de manera més habitual, es presenten en l'abordatge de casos de maltractaments a les persones grans. Per raons d'espai i de temps no es desenvolupen de manera exhaustiva per la qual cosa les persones que estiguin interessades en ampliar la informació poden consultar els textos i articles que recomanem al final.

Interessos vitals

L'interès vital és una de les bases legals que permeten el tractament de dades personals, de conformitat amb la lletra d) de l'article 6, apartat 1, del Reglament General de Protecció de Datos Personales. Aquest concepte es circumscriu a les situacions d'emergència en les que hi ha en perill la vida d'una persona o, com a mínim, a amenaces que suposin un risc de lesions o un altre dany per a la salut de l'interessat (Casal Tavasci, 2023). Per tant, davant de qualsevol situació de maltractament, els professionals que intervenen en el cas poden i han de donar la informació clínica i social rellevant mitjançant la qual es procuri la protecció de la persona.

Deteriorament cognitiu

El deteriorament cognitiu es defineix com el declivi de les funcions cognitives, ja sigui degut a les alteracions atribuïbles al procés fisiològic de l'envelliment o bé a altres factors. A mesura que ens fem grans, tots els tipus de memòria, és a dir, a curt, mitjà i llarg termini, poden experimentar alguns canvis respecte de l'adult jove, a excepció de la memòria immediata, que és la que més s'afecta amb el pas dels anys. D'altra banda, la capacitat verbal, el vocabulari, la comprensió i les capacitats de maneig se solen mantenir quasi intactes amb l'edat.

No obstant això, és possible trobar un cert alentiment en el processament de totes les àrees cognitives sense que això suposi una disminució d'aquestes, ja que pot passar que la resposta final es trobi intacta però més lenta (Queralt, 2021).

Demència

La demència consisteix en una pèrdua de la funció cerebral provocada per diverses malalties. Aquesta pèrdua afecta a una o més de les funcions cerebrals com la memòria, el pensament, el llenguatge, el judici o el comportament. En les demències, el deteriorament cognitiu és major (Campellone, 2022). Els principals tipus de demències són: la malaltia d'Alzheimer, la demència vascular i la demència per Cossos de Lewy. Determinades malalties poden cursar també amb símptomes de demència, són: la malaltia de Huntington, l'esclerosi múltiple, la malaltia de Parkinson, la SIDA, la sífilis i l'alcoholisme crònic.

Els símptomes principals de les demències són: les alteracions de la memòria, del llenguatge, de la percepció i les alteracions del judici i del pensament.

Psicosi

Malgrat ser un terme que s'utilitza molt freqüentment, no existeix una definició de consens. L'Organització Mundial de la Salut la va definir com: Un trastorn mental en el qual el deteriorament de la funció mental ha adquirit un grau tal que interfereix marcadament en la introspecció i la capacitat per afrontar algunes demandes ordinàries de la vida o en el manteniment d'un adequat contacte amb la realitat. Ara bé, la mateixa OMS va admetre que no era un terme ben definit ni exacte. Una definició que s'ajusta més a la naturalesa dels fenòmens psicòtics és la següent: Psicosi és tot procés en virtut del qual el subjecte viu o experimenta cert tipus de fenòmens de la percepció o del pensament (al·lucinacions/idees delirants) des de la més absoluta certesa (Moya, 2012). Cal afegir que la clínica ens mostra que els actes de conducta psicòtics poden ser generalitzats o quasi generalitzats, però també poden ser circumscrits a determinades àrees, com és el cas de les paranoies o trastorns delirants persistents.

La psicosi es pot presentar en tres modalitats: esquizofrènia, paranoia (trastorn delirant persistent) i melangia.

És necessari advertir que els processos psicòtics no sempre apareixen de manera clara i evident sinó que poden cursar subtilment de tal manera que poden passar desapercebuts en exploracions superficials o realitzades per professionals poc entrenats. Això passa amb certa freqüència precisament en casos de maltractaments.

Per aquelles persones que puguin estar interessades en ampliar els seus coneixements en l'àmbit de la salut mental i la psiquiatria forense els recomanem els següents textos:

- I. Eguiluz y R. Segarra (2012). Introducción a la psicopatología. Panamericana.
- E. García-López (2014). Psicopatología forense. Comportamiento humano y tribunales de justicia. Manual Moderno.
- E. Golberg (2015). El cerebro ejecutivo. Crítica.
- J. Moya (2014). Maldad, culpa y responsabilidad. Psicoanálisis y Sociedad.
- J. Tirapu, A. García, M. Ríos y A. Ardila (2012). Neuropsicología de la corteza prefrontal y las funciones ejecutivas. Viguera.

9. REFERÈNCIES

Campellone, J.V. (23 de Gener de 2022). *MedlinePlus*. Disponible a <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000739.htm>

Casal Tavasci, J. (18 de Març de 2023). *Protección data. Interés vital como base legal*. Disponible a <https://protecciondata.es/interes-vital/>

Generalitat de Catalunya, (11 d'octubre de 2007). *Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials*. Disponible a <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/l/2007/10/11/12>

Generalitat de Catalunya (27 de Maig de 2010). *Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència*. Disponible a <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/l/2010/05/27/14>

Generalitat de Catalunya (29 de desembre de 2021). *Llei 2/2021, del 29 de desembre, de mesures fiscals, financeres, administratives i del sector públic*. Disponible a <https://portaljuridic.gencat.cat/ca/normativa/dret-a-catalunya/Disposicions-destacades/Llei-2-2021/>

Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática (29 de diciembre de 1978). *Constitución Española*. Disponible a <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática (29 de Abril de 1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Disponible a <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>

Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. *Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal*. Disponible a <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1992-24189>

Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia, *Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*. Disponible a

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750>

Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia, R. C. (4 de Mayo de 2016). *Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos)*. Disponible a

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2016-80807>

Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Disponible a

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>

Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia, *Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática (29 de Junio de 2023). Boletín Oficial del Estado. Ley de enjuiciamiento criminal*. Disponible a

https://www.boe.es/biblioteca_juridica/abrir_pdf.php?id=PUB-DP-2023-145

INE. (22 de Setembre de 2020). *Una población envejecida*. Disponible a

[https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/bloc-1c.html#:~:text=En%20primer%20lugar%2C%20la%20evoluci%C3%B3n,5%20puntos%20porcentuales%20\(p.p.\)](https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/bloc-1c.html#:~:text=En%20primer%20lugar%2C%20la%20evoluci%C3%B3n,5%20puntos%20porcentuales%20(p.p.))

INE. (13 de octubre de 2022). *Proyecciones de Población 2022-2072*. Disponible a

https://www.ine.es/prensa/pp_2022_2072.pdf

Moya, J. (2012). *Elements bàsics de salut mental per a professionals de l'àmbit social*. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família. Red-Ediciones.

Moya, J. i Fornells, E. (2023). *Los malos tratos a las personas mayores*. Xoroi, Pensódromo.

Queralt, M. (29 de Juliol de 2021). *Deterioro cognitivo, concepto y tipos*. Disponible a Salud Mapfre:

<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/neuropsiquiatria-y-geriatria/concepto-y-tipos-de-deterioro-cognitivo/>

Rehin, G. i Martin, F. (1963). *Some problems for research in community care*. A H. L. Freeman i J. Fandale (eds), *Trends in the Mental Health Service* (págs. 34-43). Pergamon Press.

Sabshin, M. (1966). *Theoretical models in community and social psychiatry*. A L. M. Roberts, S.L. Halleck i M.B. Loeb (eds.) *Community Psychiatry*. University of Wisconsin Press.

San Martin, H i Pastor, V (1988) *Salud comunitaria: teoría y práctica*. Díaz de Santos.

Sancho Parra, N., Tregón Loras, M.J., Aznar Vázquez, I., Mozas Pérez, E. M^a Soledad Sebastián Hernando, M.S. i Gómez Sanz., A.-E. (3 de desembre de 2021). *El maltrato en el anciano*. Obtenido de RSI. Revista Sanitaria de Investigación:

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/articulo-monografico-el-maltrato-en-el-anciano/>

Strathdee G. i Thornicroft, G. (1997). *Community psychiatry and service evaluation*. A R. Murray, P. Hill i P. McGuffin (eds), *The essentials of Psychiatry* (págs. 513-533). Cambridg University Press.

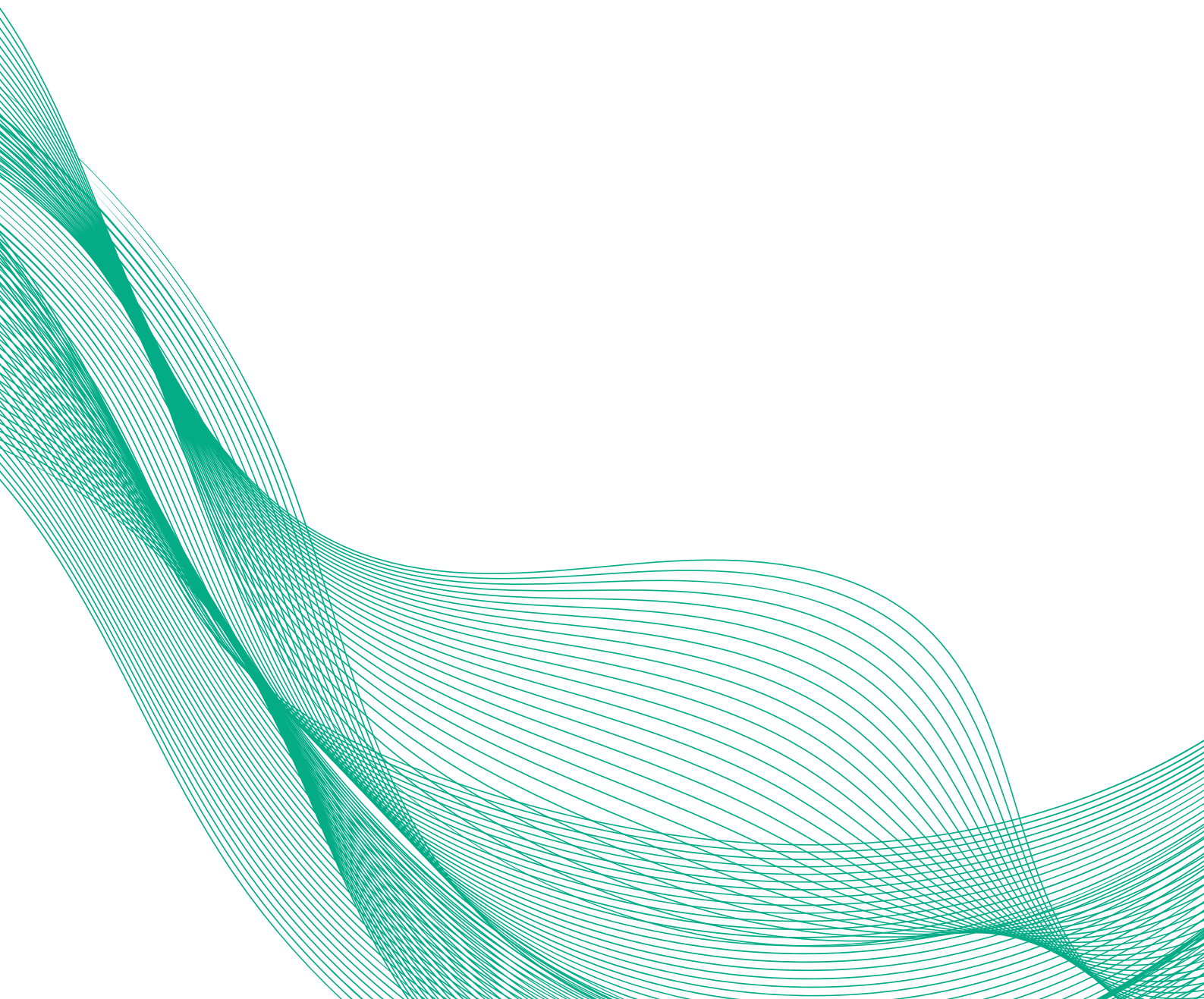
Thornicroft, G. i Tansella, M. (2005). *La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios*. Triacastela.

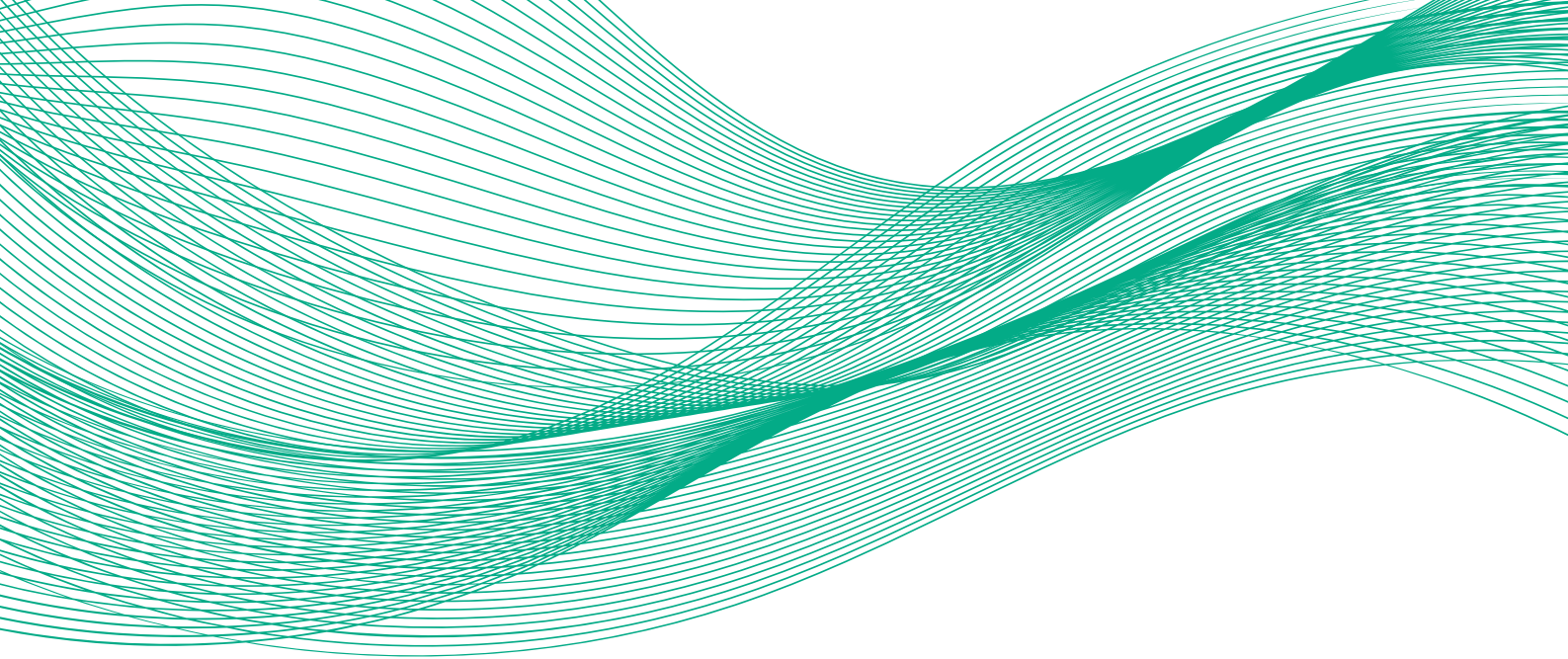
Tribunal Constitucional (30 de novembre de 2000). *Sentencia del Tribunal Constitucional*. Disponible a

<https://www.uv.es/uvweb/servicio-informatica/es/normativa-procedimientos/recursos/jurisprudencia/stc-292/2000-1285902044476.html>

Tricio, P. (2019). *La rebelión de los mayores*. Península.

Agraïm la col·laboració i el suport rebuts per part del Consell Comarcal del Baix Llobregat, de les direccions mèdiques del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, de l'Hospital Sagrat Cor de Martorell i de l'Hospital Benito Menni de les Germanes Hospitalàries, i, també, del Sr. Marcos Catalán Geva, bibliotecari del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, que ha revisat les referències bibliogràfiques.





Consell Comarcal
del **Baix Llobregat**



Servei especialitzat d'atenció a les persones grans o en situació de fragilitat
seap@elbaixllobregat.cat