



**Posicionament del Comitè de Bioètica de Catalunya respecte del “Protocol Addicional al Conveni d’Oviedo sobre Drets Humans i Biomedicina sobre la protecció dels drets humans i la dignitat de les persones amb trastorns mentals respecte a ingressos i tractaments involuntaris” que proposa el Comitè de Bioètica del Consell d’Europa**

El 2004, després d'un procés de reflexió realitzat en el Consell d'Europa sobre la protecció de les persones amb trastorns mentals, el Comitè de Ministres va adoptar la Recomanació (2004)<sup>10</sup> relativa a la protecció dels drets humans i la dignitat de les persones amb trastorn mental. En el seu desenvolupament posterior, el Comitè Director de Bioètica (CDBI) va detectar llacunes jurídiques en alguns estats membres de la Unió Europea; en particular, pel que fa a les disposicions legals que regulen les mesures d'internament i tractament involuntaris de persones amb trastorns mentals. Per aquest motiu, el CDBI va acordar elaborar, a la 40a sessió plenària de juny de 2011, un Protocol addicional (PA) sobre aquest tema, i incloure'l en el Conveni sobre drets humans i biomedicina (CETS 164, Conveni d'Oviedo), com un instrument jurídicament vinculant per a tots els estats membres que el signin i ratifiquin.

La publicació, primer de l'esborrany del PA el 2015 i després de la versió de setembre de 2017 que, pel que sembla, serà la versió definitiva, en la qual s'han corregit matisos i afegit aportacions de diferents associacions d'afectats, professionals i òrgans de defensa dels drets humans a Europa, i davant la possibilitat de la seva aprovació imminent, ha causat alarma en algunes d'aquestes institucions en el nostre propi entorn. Aquest és el motiu pel qual el Comitè de Bioètica de Catalunya, atenent la demanda d'associacions d'usuaris de Catalunya, en sessió ordinària de la Comissió Permanent de 7 de maig de 2018, i a l'espera d'una reflexió més profunda de tots els seus membres, vol fer pública la seva posició al respecte:

1. Tant el preàmbul com el desenvolupament posterior dels criteris que s'exposen tenen en compte els drets fonamentals de les persones i tracten d'aplicar-los a les condicions concretes en què, per causa d'una alteració mental, es consideri que hi ha prioritàriament un deure de protecció de la salut que calgui anteposar a la llibertat, dret bàsic i fonament de tots els drets. Hem de reconèixer que el PA, en la mesura que pretén la seva validació com a llei, ofereix

més garanties en relació amb els drets de les persones que el seu immediat antecessor, la Rec (2004)10.

2. Al nostre parer, en qualsevol proposta que pretengui convertir-se en norma legal, l'alteració del funcionament mental no hauria de limitar-se només a les persones amb trastorn mental, ja que pot afectar persones amb demència o dèficits cognitius de qualsevol naturalesa o persones consumidores de tòxics, per exemple, sempre que impliqui un dèficit marcat de la seva competència per prendre decisions en el seu propi interès o que, per la mateixa raó, pugui comportar conseqüències greus per a si o tercers.

3. En aquest mateix sentit, el PA fa un tractament idèntic, en paral·lel, de l'hospitalització involuntària i del tractament involuntari. Des del nostre punt de vista, l'hospitalització involuntària no té sentit sense el tractament al qual s'associa i per al qual aquella es du a terme. Això no vol dir que, sota la figura de l'hospitalització involuntària, "tot s'hi valgui". Hauria de fer-se una menció explícita al fet que l'hospitalització involuntària no vol dir que no s'hagi d'intentar recórrer al consentiment pel que fa a l'administració del tractament o altres accions igualment importants durant l'aplicació de la mesura i, ni de bon tros, negar tota capacitat de decisió al pacient o sotmetre'l a mesures encara més intrusives com ara l'aïllament, la incomunicació amb l'exterior o la contenció física.

4. Tot i que en el preàmbul el Protocol addicional cita la Convenció de les Nacions Unides sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD) del 30 de març de 2007, cal dir que podria contradir-la, si més no, en una certa interpretació (especialment en relació amb l'article 12 de "Igual reconeixement de la persona davant la Llei"), continguda en l'Observació General núm. 1 del Comitè de Drets de les Persones amb Discapacitat, de 19 de maig de 2014. Aquesta Observació, signada per l'òrgan competent de l'ONU per a la interpretació de la CDPD, així com declaracions posteriors d'organismes afins com el mateix Comissionat per als Drets Humans, han insistit en la necessitat, basada en la pròpia CDPD, d'eliminar de les legislacions dels estats membres, qualsevol forma d'intervenció forçosa, en qualsevol circumstància, sobre les persones que puguin patir un trastorn mental. Segons aquestes interpretacions es qüestiona el concepte de competència o capacitat de fet per prendre decisions autònomes, i es nega, en conseqüència, la validesa de qualsevol valoració de la competència dels experts clínics.

5. És urgent, doncs, una aproximació aclaridora al respecte i probablement un treball de cassació previ abans de llançar noves normatives. En tot cas, el Protocol addicional hauria de dedicar algun paràgraf més explícit al posicionament de la CDPD i aclarir que el que es proposa no la contradiu. Amb tot, en la versió de 2017, el PA insisteix en la figura de la persona de confiança i/o representant, i així intenta acostar-se a la CDPD en la seva proposta d'entendre la discapacitat com a "persones capaces que necessiten determinats suports".

6. Hem d'emfatitzar que, al contrari de moltes de les crítiques que s'han fet en relació amb la proposta del PA, no s'ha de confondre la discapacitat que, en major o menor mesura, pugui o no estar associada a un trastorn mental greu, amb la manifestació clínica i conductual corresponent. La discapacitat és, per descomptat, un assumpte bàsicament psicosocial i exigeix, com planteja la CDPD, un marc legislatiu i social basat en drets. En canvi, un episodi depressiu o una crisi psicòtica és, en primer lloc, un assumpte clínic i, per tant, ha de ser abordat des d'una perspectiva mèdica dins d'un marc biopsicosocial.

7. Per això, considerem plenament vàlida la posició que va remarcar el Conveni sobre drets humans i biomedicina (CETS 164, Conveni d'Oviedo), que va aconseguir superar l'obsolet i injust concepte de perillositat vinculat als trastorns mentals, en declarar que era la protecció de la pròpia salut, en absència de competència per decidir, el valor central que justifica en dret la imposició d'una intervenció en salut mental.

8. Hem de subratllar el dany a la dignitat de les persones que poden causar les intervencions coercitives, encara que estiguin fonamentades. Per això és tan important abordar la millora de les pràctiques professionals per part de tots els agents, i no només dels clínics, objectiu que no depèn només dels canvis normatius. En aquest sentit, cal que qualsevol aportació sobre mesures restrictives en salut mental remarqui la necessitat de redoblar els esforços per un sistema de cures més eficient, acceptable, proactiu, participatiu i respectuós amb cada persona, així com la provisió d'alternatives a l'hospitalització involuntària que assegurin l'acompanyament de la persona i li evitin un patiment innecessari i també al seu entorn en les situacions de crisi.

9. La proposta no esmenta ni té en compte tampoc el canvi de model en la relació entre persona afectada i professionals que s'està produint en tot l'àmbit de la salut i, en general, en els diferents entorns en què hi ha una relació d'ajuda. Segons aquest model, les persones tenen dret a ser respectades en la seva voluntat pel que fa a les intervencions professionals,

així com a participar, de manera compartida, amb els professionals en el seu pla terapèutic, decidint quines intervencions realitzar que, a més d'eficaces i eficients, siguin apropiades als seus valors o la seva visió de la vida, i avançar-se en la presa de decisions per a aquelles situacions crítiques que, com passa en els casos de trastorns mentals greus, puguin comportar una disminució o pèrdua de la competència pròpia per prendre-les.

**Com a conclusió**, considerem que la proposta del PA pot entrar en contradicció almenys amb les interpretacions actualment dominants de la Convenció dels drets de les persones amb discapacitat, en un moment en què encara no s'han desenvolupat totes les conseqüències legislatives que comporta ni, en algun cas, com el de l'hospitalització involuntària, s'ha produït el debat i la clarificació necessaris. Per tot això, la proposta del PA ara i aquí pot augmentar la confusió existent en comptes de ser un ajut o instrument de protecció. En aquest sentit, el Comitè de Bioètica de Catalunya es compromet a constituir un grup de treball que, des de l'anàlisi de la CDPD, intenti aportar alguna llum en matèria d'intervencions forçoses davant de situacions de risc associades a un funcionament mental alterat.

A més d'inoportú pels motius assenyalats, el PA ens sembla innecessari, pel fet que ja hi ha prou legislació europea al respecte —culminada en la Rec(2004)10 esmentada— i criteris de bones pràctiques en aquest àmbit. Reiterem que l'objectiu imprescindible de millorar aquestes pràctiques passa per estratègies d'acció molt més globals i amb la implicació de tots els agents (afectats, familiars, clínics, proveïdors, sistema judicial, etc.).

Pel motiu anterior, la proposta ens sembla també insuficient, ja que la regulació de les mesures restrictives s'hauria de plantejar sempre dins d'un model d'atenció molt més proactiu i participatiu, en el qual es puguin compartir les decisions entre pacient i professionals i el primer tingui més possibilitats d'elecció, d'acord amb els seus valors i la seva manera d'entendre la vida.

Barcelona, 15 de maig de 2018