

Consideracions del Comitè de Bioètica de Catalunya sobre el Codi risc de suïcidi. Criteris bàsics d'actuació assistencial

A petició del Pla de salut mental del Departament de Salut, el Comitè de Bioètica de Catalunya redacta aquest document de consideracions ètiques sobre el programa conegut com *Codi risc de suïcidi. Criteris bàsics d'actuació assistencial*.

1. Introducció

Amb el Codi risc de suïcidi (CRS), tal com va passar amb el cas del Model d'atenció en cas de cronicitat avançada, ha sorgit alguna pregunta sobre si la seva posada en marxa no podria representar possibles danys als drets o valors d'algunes persones. I el CBC creu que la qüestió mereix un document d'anàlisi reflexiva.

Convé assenyalar que s'ha de celebrar la iniciativa, perquè és evident que un programa així augmentarà la possibilitat i la qualitat de la cura d'un tipus de malalt fins ara molt descuidat pel nostre sistema sanitari, tan centrat com ha estat en els trastorns somàtics. El malalt que pateix depressió o psicosi i que, per aquestes causes, es veu abocat a intents d'autodestrucció, pot trobar en aquest protocol una protecció i una atenció millors, perquè un dels primers objectius que s'hi assenyalen és el d'interconnectar diferents àmbits de difícil relació entre si (detecció a primària o al 061-CatSalut Respon, trasllat, atenció a urgències, diagnòstic psiquiàtric, tractament, ingrés quan cal, seguiment longitudinal, etcètera). Potser només amb un programa d'actuació específica com aquest es pot aconseguir, i algunes experiències (OMS, plans d'acció a EUA i a Europa, i del nostre entorn¹) ho demostren, reduir la mortalitat per aquesta causa, una de les primeres en alguns grups d'edat. El fet que, amb aquesta iniciativa, una persona jove que ha demostrat un risc de suïcidi tingui visita psiquiàtrica en menys de 72 hores és una millora indiscutible.

Tanmateix, s'ha de vigilar que la implementació no comporti efectes negatius: o la imposició indeguda d'ingrés involuntari o el tractament no volgut a algun ciutadà no malalt, víctima d'una

¹ Cebrià A, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord.* 2013;147(1-3):269-76.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032712007690>

² La por de la societat al contagi d'una decisió que alguns veuen com a racional i alliberadora (així ençà ho suggereix Hamlet, ho va defensar David Hume o ho va portar a terme Stefan Zweig) és un

detecció imprudent. També cal vetllar per tal que no porti tampoc a una estigmatització de conseqüències no desitjades per falta de confidencialitat. Per això, el Comitè de Bioètica de Catalunya creu adient recordar alguns valors essencials en l'atenció a les persones malaltes o usuàries dels serveis sanitaris i fer alguna recomanació sobre la pràctica d'aquest projecte per ajudar que aconseguixi la màxima eficàcia i la millor acceptació possible.

2. Consideracions ètiques de caràcter general

- **Procurar el bé de la persona malalta i apartar-la de tot mal:** és un deure de protecció i d'atenció ancestral en el qual es basa sobretot la iniciativa que ara analitzem.
- El bé de la persona malalta, però, ja no pot ser definit sense més pel professional, pel cuidador o pel sistema. La societat ja no vol procurar la màxima eficàcia contra la malaltia com a únic objectiu. Ara vol oferir la **màxima ajuda al ciutadà** i, per tant, que aquest pugui intervenir i definir-la en part, amb la seva demanda o amb la seva acceptació o negativa.
- La proposta que s'ofereix **no ha d'introduir danys**, sobretot si no són coneguts ni acceptats per la persona malalta o, en cas de considerar-los necessaris, si no són proporcionals als béns perseguits.
- No ha de comportar tampoc **cap discriminació** ni diferència a part de les degudes a les circumstàncies clíniques. Els protocols, els codis i les guies serveixen per evitar la variabilitat no motivada de les propostes que cal fer.
- Però, en principi, la decisió ha de **respectar la voluntat de cada persona**, fins i tot quan la creiem equivocada: no respectar-la és fer-li un dany. Els protocols, els codis i les guies han de permetre personalitzar les decisions per adaptar-se a cadascú malgrat l'homogeneïtzació de la proposta general que ofereixen.
- Tanmateix, per respectar la voluntat, s'han de tenir en compte uns **requisits: 1. la persona ha de ser lliure; 2. ha de ser capaç de prendre aquella decisió en aquell moment, 3. ha d'estar ben informada de les seves conseqüències, i a més, 4. no ha de produir cap dany important a tercers.** Sense algun d'aquests requisits, en un moment donat, haurà de pesar més el bé considerat des de fora "objectivament" que no pas el que digui la persona afectada.
- Tot programa d'atenció i/o prevenció específic per a un col·lectiu o patologia concreta ha de tenir molt en compte la **ponderació entre la seguretat de la persona malalta i el respecte a la seva llibertat.** Per tant, la **difícil prioritització entre aquests principis** hauria de reflectir-s'hi i defugir simplificacions.

- La **intimitat** s'ha de respectar en tot moment, i sobretot pel que fa a la **confidencialitat** en temes que són especialment sensibles.

3. Consideracions específiques respecte al suïcidi

Creure que tot suïcida és un malalt mental, o que tot intent de suïcidi ja demostra la incompetència d'una persona, **pot ser una exageració**. Seria desconsiderar el que han mostrat grans personatges (reals o imaginaris) al llarg de la història i en diferents àmbits culturals; i seria menystenir el fet innegable que hi ha entre nosaltres qui contempla lúcidament el suïcidi com una sortida digna davant d'una situació que li és inacceptable.² El Comitè de Bioètica de Catalunya ja es va manifestar l'any 2005 la demanda reiterada que en fan persones malaltes en situació terminal o de patiment irreversible.³ Tot i que la **major part de suïcides** són persones que es troben en un **estat no volgut** i millorable de depressió o de psicosi, no es pot perdre de vista tampoc aquesta altra possibilitat abans d'una intervenció, que pot ser urgent, però que no ha de ser precipitada.

No és que el Codi que ara s'analitza caigui explícitament en aquest excés ni digui que tot suïcida hagi de ser considerat un malalt incompetent, però pot induir al fet que es cregui així i que s'actui **rígidament**. La paraula *codi* del títol ja pressuposa una certa rigidesa, una actuació generalitzada i immediata que en molts dels casos podria no ser imprescindible (no s'ha d'equiparar al Codi ictus o al Codi infart).

El text hauria d'alertar d'aquest perill de simplificació. Així, per exemple, podria passar que, davant d'una sospita de risc de suïcidi (després d'una anamnesi en la consulta d'un CAP, o per la telefonada d'un familiar angoixat al CatSalut Respon), es mobilitzi un equip sanitari de trasllat i, amb l'ajuda dels

² La por de la societat al contagi d'una decisió que alguns veuen com a racional i alliberadora (així ens ho suggereix Hamlet, ho va defensar David Hume o ho va portar a terme Stefan Zweig) és un fantasma que plana en qualsevol debat sobre aquest tema, sobretot en cultures com la nostra.

³ Comitè de Bioètica de Catalunya. Informe sobre l'Eutanàsia i l'ajuda al suïcidi
http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/02/repositori_eutasui.pdf.

Mossos d'Esquadra, s'ingressi a la força una persona cabal adduint que l'afectat no hi té res a dir perquè, davant de l'alerta desencadenada de risc alt, més val (literalment) "curar-se en salut".⁴

És cert que els ciutadans s'han de poder beneficiar de l'oferta d'una **ajuda oportuna i eficaç** (fins i tot per a qui vol lúcidament suïcidar-se) i que aquest protocol ho propicia ja que surt al pas d'una situació perillosa i fins ara massa poc considerada pel sistema. Però una cosa és una proposta d'ajuda i **una altra cosa és la imposició** d'una actuació sobre una persona, encara que sigui al·legant que vol evitar-li un mal. Un ciutadà adult que sap el que es fa (és a dir, que és competent en aquell moment) pot prendre decisions que l'afectin encara que els altres les trobem equivocades i mentre que no danyin tercers.⁵ Convindria que el Codi recordés en algun moment que el suïcidi no és ara una conducta il·legal, i que sí que ho és, en canvi, la retenció d'un ciutadà contra la seva voluntat sense un motiu molt fonamentat.

L'únic argument de pes per imposar la nostra actuació és la **incompetència** d'aquella persona en concret per prendre aquella decisió. Es tracta d'un diagnòstic clínic, que es pot basar en gran part en la presència d'una patologia descrita, però també en la detecció d'un estat mental massa alterat en aquell moment (per intoxicació o dificultats d'un altre tipus). Però el sol coneixement de la ideació o d'intent de suïcidi no és motiu automàtic per assegurar una cosa o una altra, encara que pugui ser-ho per investigar-ne la competència. És cert que la sensació d'urgència pot aconsellar, en situació d'incertesa, actuacions com les d'activar el Codi, i així prioritzar el fet d'evitar una acció irreversible. Però s'ha de saber que en fer-ho es conculca un bé important d'un ciutadà, que s'han de donar bones raons per fer-ho i que la situació s'haurà de reconsiderar quan es tinguin millors possibilitats, i sense dilacions excessives (temps d'espera a urgències, trasllats a altres centres).

Un altre problema que comporta el tema del suïcidi és el de la **confidencialitat**, la importància del qual no ha de ser menystinguda, ni en el curs de l'atenció sanitària ni en la constància documental. En primer lloc, s'ha de distingir la persona malalta de la que no té cap malaltia ni trastorn mental descrit. En aquest darrer cas, en què no es pot constatar seriosament cap patologia, tot i saber que hi ha voluntat de suïcidi o que n'hi va haver un intent, no hauria de constar aquesta dada biogràfica en

⁴ Vegeu l'article de Noè Pasies, Autonomia, competència i paternalisme. Perspectives ètiques sobre l'hospitalització involuntària de pacients suïcides. Butlletí de Bioètica núm. 4, de desembre de 2010. <http://146.219.25.61/butlletins/public/view-not.php?ID=41&idnot=284&SKIN=2>

⁵ Considerar que el suïcidi és prohibitiu perquè causa massa dolor als familiars pot ser excessiu com a argument principal per a l'actuació.



la història clínica si la persona no ho vol o si ja no ho vol més. A més, quan hi hagi prou motiu per a la inscripció d'aquestes dades, cal tenir present el drets ARCO (accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les dades) del pacient; i aquí convé reivindicar especialment el d'oposició al fet que es transmetin aquestes dades a altres professionals i el de cancel·lació de les dades després d'un temps prudencial.

El fet que l'intent de suïcidi quedi registrat a la HCCC (història clínica compartida de Catalunya), fàcilment accessible per molts professionals del sistema, comporta un **risc evident d'estigmatització** per a la persona. Aquest risc obliga a ponderar molt bé si el fet de deixar-ne constància comporta més benefici que un possible perjudici per a la persona afectada.

En el mateix sentit, no es pot considerar la **informació a tercers (a la família, etcètera)** com un hàbit normalitzat en el cas tan sensible de risc o d'ideació de suïcidi, com sembla que admet el text.

És important no separar la persona suïcida de les **persones del seu entorn**, les que necessiti en aquell moment, i no imposar-li en canvi qui no vol. De la mateixa manera, s'ha de tractar convenientment el dol, molt intens, dels familiars i persones vinculades a la persona suïcida que ha consumat l'intent, cal deixar-los veure el cos i que puguin quedar-se'n a prop. En aquest sentit, el CBC creu que el Codi hauria de propiciar millorar les normes hospitalàries i les pràctiques judicials.

4. Suggeriments del CBC sobre el text del Codi risc de suïcidi. Criteris bàsics d'actuació assistencial

En la descripció del recorregut assistencial, cal tenir en compte:

1. Que, en la **valoració inicial i l'activació del Codi RS** (pàgines 8, 14 i sobretot l'annex 1), quan es demana la valoració del risc, s'hauria de fer esment a la necessitat de **distingir**, per adequar la forma d'activació de la intervenció, **entre diferents ofertes d'ajuda segons cada persona** o cada situació, i recordar que n'hi ha de més o de menys patològiques malgrat que hi hagi hagut una mateixa temptativa de suïcidi (TS) i que el respecte al ciutadà requereix una ponderació dels

seus **drets i deures**. Per això, es recomana que el 061 compti amb l'ajuda de professionals formats per a aquests casos.

2. Que s'insisteixi en el fet que el deure de respecte inclou esgotar els **esforços de persuasió** del que convé fer per al seu bé (trasllat, ajuda especialitzada, etcètera) abans d'iniciar qualsevol actuació en contra de la voluntat de la persona. Convé recordar que la persona suïcida, com a ciutadà, té uns drets personals vigents.
3. En el **servei d'urgències**, s'hi han d'evitar demores excessives, sobretot en la **valoració de la competència**, que no cal que faci tan sols el psiquiatre. En el cas que es recomani que sigui feta per aquest especialista, això no hauria de suposar retenir contra la seva voluntat la persona en observació més enllà del que és raonable. El Codi insisteix (annex 2) que s'ha d'evitar l'alta voluntària dels pacients atesos per temptativa de suïcidi (TS) i, en cas que no se'ls consideri competents, "imposar-los l'ingrés involuntari segons la llei d'enjudiciament civil". A part de fer referència també al nostre Codi civil, l'esmentat Codi hauria d'afegir que, si d'aquesta valoració en resulta que la persona és competent, no hi ha motiu perquè sigui retinguda malgrat que la seva ideació o voluntat no hagi canviat.
4. Quan el text diu que s'ha "**d'avisar necessàriament els seus familiars o referents**", hauria de constar que ha de ser en el supòsit d'incompetència de la persona amb TS i RS; però que si la persona fos competent, el dret a la confidencialitat aconsella sol·licitar-ne el consentiment per informar a qui la persona prefereixi.
5. Seria pertinent que el **seguiment proactiu postalta o posterior (fases 2 i 3, pàg. 27 a 29)** que s'oferís com a proposta d'ajuda fos a conveniència de la persona; i que, per tant, si no fos que existís una incompetència manifesta, a més de l'oferiment de les trucades telefòniques o les visites, es preveïés la possibilitat de desestimar aquest tipus d'ajuda.
6. Igualment, un protocol com aquest hauria d'instar al fet que s'ha d'informar la persona afectada dels avantatges i dels perills (d'estigmatització) que quedi en la **HCCC** una **constància de l'episodi** de temptativa o de risc de suïcidi. Cal recordar que, en la majoria de casos, no caldrà que en consti cap alerta suplementària; i que no hauria ni de quedar inscrit l'episodi si es demostrés que es tractava d'una persona competent que va ser identificada com a TS o RS amb l'activació del Codi **abans de la valoració** curosa de la seva competència.

7. S'hauria d'implementar un **programa de formació** de professionals, sobretot dels més implicats en aquests casos: metges d'urgència, psiquiatres, metges de família i primària, equips del 061 i del CatSalut Respon.
8. No s'hauria d'oblidar una preparació específica dels **coscos de seguretat** i de trasllat per aproximar-se a aquest tipus de situació.
9. A part de la coordinació dins els diferents dispositius del sistema sanitari també convindria atendre aquest risc des dels **serveis d'atenció social** perquè moltes de les causes que poden abocar a aquesta conducta suïcida són d'aquesta naturalesa.
10. Igualment, la detecció, coordinació i continuïtat assistencial d'aquest problema hauria de ser possible en les **institucions penitenciàries**.
11. S'ha de preveure, en un cas tan sensible com és el suïcidi, el perill d'estigmatització que porta en si. Per tant, s'ha d'alertar sobre el dret estricte de **confidencialitat** (en alertes, urgències, hospitalització, seguiment, HCCC; familiars no volguts). Convé en aquest sentit oferir als ciutadans l'exercici del seu **dret a l'oposició de les dades** per al coneixement d'altres professionals (per altres casos d'atenció mèdica, per exemple) i **a la cancel·lació** en algun cas raonable en què clarament se l'ajuda i no se'l perjudica (seguint les Recomanacions que el CBC va fer sobre la confidencialitat en la documentació clínica informatitzada⁶).
12. També caldria proposar una millora en el tractament immediat del **dol dels familiars** i de la seva presència davant del cos de la persona suïcida que ha consumat el propòsit. Les institucions sanitàries i judicials haurien d'augmentar la seva sensibilitat en la cura d'aquesta situació.

En resum, el Codi risc de suïcidi pot ser una bona eina per ajudar molts malalts que es troben davant d'un perill fins ara poc considerat i és segur que comporta un programa ben estructurat, realista i homogeni de detecció, de coordinació entre diferents nivells i de seguiment en successives etapes.

⁶ Comitè de Bioètica de Catalunya. Recomanacions sobre la confidencialitat en la documentació clínica informatitzada, 2013. <http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/03/Confidencialitat-de-la-Infomaci%C3%B3-clinica-Informatitzada.pdf>



Amb tot, convé que hi consti més clarament que l'homogeneïtat no vol dir aplicació rígida, que aquesta s'ha d'adaptar a cada persona concreta, preservar-ne els drets en el possible i distingir graus, no només de risc de suïcidi, sinó també de nivells de competència i d'autonomia.

Barcelona 22 d'octubre de 2014