

Les hospitalitzacions involuntàries en l'atenció a la salut mental

Comitè de Bioètica de Catalunya

Març 2021

Alguns drets reservats

© 2021, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

Edita:

Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària.

1 edició:

Barcelona, novembre de 2021.

URL: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-de-salut/el-sistema-de-salut-de-catalunya/ambits-dactuacio/comite-de-bioetica-de-catalunya/recursos/documents/atencio-salut-mental/>

Disseny de plantilla accessible 1.05:
Oficina de Comunicació. Identitat Corporativa.

Sumari

1	Introducció	4
2	Una qüestió preliminar: sobre l'autonomia i la vulnerabilitat, dues cares essencials de la condició humana	5
3	La coerció en salut mental i els ingressos involuntaris: les bones pràctiques	9
3.1	La pràctica clínica de les hospitalitzacions involuntàries en el nostre context.....	13
3.2	La família en el context dels ingressos involuntaris	16
4	La Convenció i l'Observació general número 1.....	18
4.1	Els conceptes "voluntat", "preferències" i "desitjos" en la Convenció i l'Observació general número 1	21
4.2	Sobre la "competència" i la "capacitat"	24
5	Conclusions i recomanacions.....	26

1 Introducció

Des de l'establiment de la Comunitat Econòmica Europea (CEE) i de la Unió Europea (UE) s'han fet nombroses recomanacions del Consell d'Europa, del seu Comitè de Ministres o de l'Assemblea Parlamentària orientades a la millora de la protecció de la dignitat, dels drets humans i de les llibertats fonamentals de les persones amb trastorns mentals, especialment d'aquelles subjectes a mesures involuntàries.ⁱ

Per la seva banda, també l'Organització de Nacions Unides (ONU) i l'Organització Mundial de la Salut (OMS) han tractat reiteradament sobre la rellevància de la salut mental en el benestar de les persones i la necessitat d'atendre adequadament els qui pateixen trastorns d'aquest tipus, donant una especial importància al respecte als seus drets. Del conjunt de les abundants declaracions, recomanacions i propostes de l'ONU i l'OMS, **ens centrarem, per ser objecte d'aquesta reflexió i per la seva transcendència actual, en la *Convenció de les Nacions Unides sobre els drets de les persones amb discapacitat (CDPD o la Convenció)***,ⁱⁱ document aprovat el 13 de desembre de 2006 a Nova York i signat i reconegut, com a part del seu ordenament jurídic, per l'Estat espanyol el 2008.

La Convenció suposa un veritable canvi de paradigma pel fet que proposa la substitució del "model rehabilitador" anterior, a partir del qual s'entenia i es tractava la discapacitat, pel nou "model social", basat en drets: les persones amb discapacitat són subjectes titulars de drets i no mers objectes de tractament i protecció social. Un document posterior, l'*Observació general sobre l'article 12: igual reconeixement com a persona davant la llei (CRPD / C / 11/4)*ⁱⁱⁱ —signat l'abril de 2014 pel Comitè sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat, l'òrgan de les Nacions Unides legitimat per interpretar la Convenció—^{iv} qüestiona l'adopció de qualsevol mesura no voluntària per al tractament de les persones que pateixin problemes de salut mental, discapacitat intel·lectual o altres trastorns o estats clínics que puguin afectar la seva capacitat cognitiva. Alhora, exigeix als estats membres l'eliminació de les legislacions que prevegin qualsevol forma d'intervenció forçosa, en qualsevol circumstància, adreçada a les persones que puguin patir trastorns mentals. De la mateixa manera, qüestiona els conceptes

“competència” o “capacitat de fet” per prendre decisions autònomes i, en conseqüència, nega la validesa de qualsevol valoració dels experts clínics en aquest sentit.

La CDPD és una proposta enormement significativa i d'una importància cabdal en el progrés cap a l'assumpció de la plena ciutadania de les persones amb algun tipus de discapacitat. És l'objectiu, doncs, cap on ha d'anar l'àmbit de la discapacitat en la lluita pels drets humans.

Ara bé, la lectura que fa el Comitè a l'Observació general ha generat serioses crítiques en què se n'han qüestionat la legitimitat, necessitat i aplicabilitat.^v Amb la referència de la CDPD i dels documents i intervencions dels representants que l'han seguida, en aquest document ens proposem deliberar sobre la necessitat de la coerció en salut mental en algunes circumstàncies, i particularment **sobre la legitimitat de la pràctica clínica i la figura legal dels internaments involuntaris, així com sobre el concepte “competència per a la presa de decisions”**, la valoració experta de la qual es troba en la base de qualsevol mesura d'excepció al consentiment informat. Aquests aspectes concrets —en la interpretació oficial que en fa el Comitè de la CDPD i els seus relators successius— són objecte d'aquesta reflexió crítica, i no, en canvi, el contingut general de la Convenció, amb el qual els comitès de bioètica i d'ètica de serveis socials de Catalunya estem plenament d'acord.

2 Una qüestió preliminar: sobre l'autonomia i la vulnerabilitat, dues cares essencials de la condició humana

La Declaració Universal dels Drets Humans va representar una fita històrica per a la humanitat, en plantejar una segona carta de drets que ara, a més a més dels drets individuals, incloïen també drets culturals, socials i econòmics; és a dir, aquelles condicions de la vida que la fan realment digna de ser viscuda. El gran repte és la seva implantació real, de *tots els drets* i *en tots els països*. Ara i aquí, hem de partir de la premissa que els drets humans sempre s'hauran de respectar fins que entrin en contradicció entre ells, de tal manera que cal fer un exercici teòrico-pràctic per veure quin, davant d'una situació concreta, té més pes que l'altre. Això és el que es coneix com a “*prima facie*” —és a dir, “en principi”—, que vol dir que tots els drets han de ser respectats, excepte si entren en contradicció

entre ells. En aquest cas, haurem de ponderar i valorar quin d'ells té més prioritat en aquella situació en particular.

La llibertat individual, o el que en bioètica coneixem com a “principi d'autonomia”, s'ha constituït com el valor fonamental que dona contingut a la dignitat humana. Però allò que fins ara era condició de possibilitat de la moralitat, en el sentit kantian, en el camp sanitari i de l'ajuda social s'ha convertit en una dimensió legal: el dret de la persona a decidir autònomament. I això genera, per als seus cuidadors, els deures de beneficència, no maleficència i justícia.^{vi} Però **el valor de l'autonomia ha arribat a ser tan hegemònic que és el pacient-usuari qui finalment està decidint què és o no una necessitat social o de salut**, una atribució considerada fins fa poc com a normativa, és a dir, lligada al coneixement professional.

Cal dir que “autonomia” deriva del grec “*auto*” (propi) i “*nomos*” (lleï, regla), és a dir, que cadascú segueix les normes o regles que s'autoimposa. I això es contraposa amb el concepte “heteronomia”, que denota que se segueixen les normes d'altres, no les pròpies.

En l'àmbit de la relació d'ajuda hem acceptat el fet que les persones tenen interessos i valors propis que són els que marquen quin tipus de vida desitgen tenir. És important fer una distinció entre el “respecte per les persones” i el “respecte per l'autonomia de les persones”. Que les persones són dignes de respecte és una qüestió indiscutible, independentment del seu gènere, de les creences que es puguin tenir, de la situació social o econòmica o de si presenten una discapacitat o no. Però, **reconèixer la dignitat intrínseca de la persona no implica acceptar o tolerar totes i cadascuna de les seves decisions, ja que no sempre les decisions són autònomes^{vii} o, a vegades, i si afecten terceres persones, aquestes haurien de participar en la decisió.**

En el camp de la bioètica, venim d'una perspectiva del concepte d'autonomia d'arrel clarament liberal, individualista i merament racionalista, orientada exclusivament a la tria entre diverses opcions, sinònim d'independència i autodeterminació. En canvi, l'experiència ens demostra que l'ésser humà no pren decisions únicament des de la seva racionalitat analítica, sinó que també té en compte els valors i les emocions cosa que fa que, com diu el neurocientífic Antonio Damasio, la majoria de les decisions que pren siguin inconscients. Malgrat això, aquest autor defensa que l'esforç mental conscient segueix sent el mecanisme més potent per integrar el present (el nostre problema, la nostra decisió actual), el passat (les experiències anteriors) i el futur anticipat.^{viii} I encara hi hem d'afegir una altra variable fonamental: el vessant relacional de l'autonomia.

El concepte “autonomia relacional” al·ludeix al context social, familiar, cultural o professional concret en què l'ésser humà està immers. No existeix l'individu aïllat amb una llibertat infinita. Estem lligats els uns als altres i a la totalitat del món, i alhora en tensió, embrancats en la construcció del propi jo íntim i autònom.^{ix} Aquesta perspectiva relacional implica que som éssers vulnerables, que som interdependents i que ens necessitem entre nosaltres. Aquesta relació ens iguala i ens crida a la responsabilitat perquè suposa el deure de tenir cura entre les persones. Per tant, no es tractaria únicament de si “jo, autònomament, desitjo X”, sinó —i també— de si la persona està triant de manera informada i responsable i té en compte les seves potencialitats i les seves limitacions (la seva vulnerabilitat). En cas que no sigui així, en la relació assistencial, el professional de la salut o de la intervenció social haurà d'ajudar que ho faci, i haurà de construir un reconeixement recíproc que faci que els afectats per les decisions puguin donar el seu parer mitjançant el diàleg, el qual té com a objectiu entendre i poder arribar a un consens sobre què fer i què no fer. Aquest reconeixement suposa voler debatre i poder canviar d'opinió, si cal, sempre que l'objectiu sigui arribar a una decisió èticament responsable per a tothom.

En l'àmbit assistencial, la jerarquia del principi d'autonomia “a la manera liberal” és molt evident, però la seva absolutització, és a dir, la pretensió que mai no podrà entrar en contradicció amb altres valors, ja està mostrant algunes conseqüències no desitjables: d'una banda, entre les persones afectades, quan es plantegen preferències que poden generar frustració, en la mesura que la

resposta sanitària al “dret a triar” no pot assumir-ho tot; i, de l'altra, entre els professionals, amb una certa actitud contractualista —defensiva—, potser cansats i superats per un entorn aparentment buit de valors, després de la caiguda del model paternalista tradicional. Amb el principi d'autonomia ens pot passar concretament això: **més enllà de la seva radical característica constitutiva de la condició de dignitat, si no tenim en compte l'altra condició humana de la vulnerabilitat, pot menystenir altres deures fonamentals.**

La regla general en l'àmbit de la relació d'ajuda ha de ser la de respectar sempre les persones i, en aplicació del consentiment informat, també les seves idees i decisions; però alhora, l'Estat i, per consegüent, **els professionals sanitaris i socials en ocasions han de prioritzar l'evitació del dany per tal de protegir els vulnerables.** Cal seguir fent èmfasi que la relació d'ajuda no pot enfocar-se en nom d'un benefici imposat i en contra de la voluntat d'una persona que és autònoma, és a dir, que té la informació suficient i que la sap comprendre i apreciar en funció dels seus valors. Per contra, el deure de protecció s'ha d'adreçar a evitar un dany i només és acceptable si la intervenció: a) es basa en els principis de raonabilitat, adequació i proporcionalitat, i té en compte la persona, i b) en situacions en què la persona no és competent en aquest moment prendre la decisió, perquè o no entén la informació o no pot apreciar-la o assumir-ne les conseqüències. Alguns autors també afegeixen un tercer criteri referit a la consideració que, en condicions de competència, la persona compartiria la mateixa decisió.^{x,xi}

En qualsevol cas, s'ha de remarcar que la mesura de protecció ha de ser una excepció, **un últim recurs quan s'han exhaurit totes les opcions perquè la persona pugui decidir per ella mateixa**, i mai un automatisme, un estàndard o una regla.

3 La coerció en salut mental i els ingressos involuntaris: les bones pràctiques

Independentment del pes que les diferents aproximacions epistemològiques donin als diversos factors involucrats en l'etiopatogènia dels trastorns mentals més greus, com ara l'esquizofrènia i les diferents formes de psicosi, el trastorn bipolar o la depressió major, entre d'altres, és clar que l'afectació clínica en els episodis aguts —i en algunes situacions de cronicitat greu— implica, en major o menor grau, **dèficits funcionals —cognitius, afectius i volitius— que poden generar, a banda dels símptomes clínics, trastorns conductuals i veritables situacions de risc per a la persona i per al seu entorn.** Aquesta afectació implica, especialment en les primeres experiències que es tenen del trastorn, una dificultat, per part de la persona, de reconèixer-lo i d'acceptar l'ajuda professional i la de les persones del seu voltant.

La figura legal de l'internament involuntari, encara que amb moltes diferències entre elles, és present en la immensa majoria de legislacions nacionals i, òbviament, en tots els estats europeus.^{xiii} La importància que, tal com hem comentat, han donat a aquesta matèria la UE i l'ONU, a través de l'elaboració de normes, protocols i desenvolupaments legals, té sentit precisament perquè, atesa la idiosincràsia clínica dels trastorns greus citats i la seva implicació sobre la llibertat de les persones, **és obligat garantir el màxim respecte als drets de les persones afectades en unes circumstàncies de vulnerabilitat que pot arribar a ser total i extrema.** També en l'àmbit de la legislació penal es considera, des de temps immemorials, que l'afectació de la llibertat en algunes situacions clíniques pot determinar la inimputabilitat total d'una persona que ha comès un delicte.

En el cas de la legislació espanyola, la llei considera que les persones sotmeses a la pàtria potestat i a la figura de tutela requereixen l'autorització judicial en cas d'una hospitalització psiquiàtrica, la qual cosa significa que tant les persones menors de 18 anys com les que tenen modificada legalment la capacitat sempre seran hospitalitzades involuntàriament en el cas que ho necessitin, independentment de si tenen o no la competència per decidir per si mateixes en aquella circumstància. És evident que, negant per defecte aquesta capacitat a totes les persones amb aquestes característiques legals i, fins i tot, el criteri de la

majoria d'edat sanitària als 16 anys, la norma pot, en el seu afany protector, generar situacions que poden lesionar el respecte degut a l'autonomia d'aquestes persones.

La figura de l'internament involuntari és una excepció a la norma fonamental del consentiment informat i, en tant que és una limitació de la llibertat, ha de complir tots els criteris clínics i ètics, i les garanties jurídiques que la llei estableixi. Definim l'hospitalització involuntària com “aquella que, indicada per un psiquiatre i sota el control previ o posterior d'un jutge, **es basa estrictament en la necessitat de salut d'un pacient que no té competència mental necessària** per prestar consentiment responsable, amb independència que accepti o rebutgi la mesura”.^{xiii} Aclarim, ja d'entrada, que no ens referim aquí a la discapacitat que pugui afectar en major o menor grau la capacitat de decidir —en general— d'una persona,^{xiv} sinó a la “necessitat d'atenció per raó de salut” que una persona, sigui amb discapacitat o sense, pugui tenir en un moment concret. **Quant a la discapacitat, cap discapacitat mai no ha de ser un motiu d'hospitalització psiquiàtrica. El trastorn mental, com a quadre clínic reconeixible i diagnosticable, en situacions determinades, sí que ho pot ser.**

No hi ha dubte que l'experiència de la persona sotmesa a un ingrés involuntari és sovint enormement frustrant i negativa, encara que no sempre sigui així. Persones que han considerat que l'hospitalització va ser positiva han al·legat que va ser necessària per rebre un tractament o per evitar danys (conductes autoagressives i heteroagressives), que es van sentir més segures i que la coerció va ser totalment necessària. Per contra, aquelles que han manifestat una experiència negativa, l'han relacionada amb el fet que consideren que la coerció era innecessària o que van rebre un tracte poc respectuós per part dels professionals o que haurien preferit mesures alternatives a l'hospitalització (atenció comunitària, hospital de dia, etc.); en definitiva, la van viure com una injustícia.^{xv}

Les mesures involuntàries en l'atenció psiquiàtrica només tenen sentit en situacions molt justificades, i sempre **amb la mirada posada en l'objectiu d'assolir una relació terapèutica basada en la voluntarietat i l'autonomia**. Per tant, els criteris per realitzar un ingrés involuntari s'haurien de restringir a:^{xvi,xvii}

- En primer lloc, que el pacient tingui un trastorn mental significatiu que impliqui un risc greu per a la integritat física, la salut, la vida familiar o relacional, o els interessos en general de la persona.
- En segon lloc —precisament pel funcionament mental alterat—, que el pacient no tingui la competència necessària per prendre una decisió responsable, d'acord amb els propis interessos i tenint en compte els riscos derivats del rebuig de la mesura terapèutica.

I, finalment, que la mesura d'hospitalització sigui raonablement més efectiva i beneficiosa per al pacient que qualsevol altra opció alternativa terapèutica menys restrictiva.^{xviii}

En l'atenció a les persones amb problemes de salut mental, i atès que els símptomes aguts poden determinar directament la seva conducta, **el risc a tercers sempre s'ha de tenir en compte**. Poden ser riscos indirectes, potenciat per l'impacte que l'alteració de la percepció, del pensament o per la desorientació, pot generar en la conducta (per exemple, en la conducció de vehicles); però també, riscos directes, com a conseqüència de la voluntat alterada per un trastorn delirant o una fase maníaca (per exemple, dilapidar el patrimoni familiar fent compres irresponsables). És també un deure de justícia no carregar la societat i l'entorn del pacient amb un pes injustificable i probablement insostenible. També s'han de tenir en compte altres criteris generals que considerem essencials en qualsevol intervenció no consentida:^{xix}

- **Criteri de dignitat.** Entès com una qüestió ètica de respecte vers les persones i també com una norma rectora que orienti qualsevol normativa jurídica que reguli les pràctiques coercitives.
- **Criteri de legalitat.** Com a compliment d'una norma legal que els reguli.
- **Criteri de necessitat.** Les mesures coercitives han d'orientar-se a una finalitat justificada com a indicació terapèutica.
- **Criteri de congruència.** El tractament indicat ha de ser proporcional i raonable respecte a la seva finalitat i els medis disponibles. Així doncs,

hem de valorar la gravetat que implica la mesura i estudiar, per consegüent, el valor jurídic (la llibertat) que limita. La congruència, per tant, s'avalua per l'eficàcia de la mesura.

- **Criteri de tenir cura.** Qualsevol mesura coercitiva hauria de realitzar-se amb l'objectiu de tenir cura de la persona, raó per la qual els professionals haurien d'estar presents durant tota la pràctica assistencial.
- **Criteri de prohibició d'excés.** En relació amb l'objectiu terapèutic proposat ha de triar-se aquella opció que danyi menys i que afecti el menys possible la llibertat de la persona.
- **Criteri de documentació d'actuacions.** Totes les intervencions, la durada, els tipus de controls, etc., han de quedar ben documentats.

La concreció de bona part d'aquests criteris a Europa va arribar al 1997 de la mà del Conveni d'Oviedo,^{xx} base dels ulteriors desenvolupaments de les lleis sobre autonomia del pacient i fonament de la superació dels criteris de perillositat social que, fins llavors, estaven en el nucli de la concepció dominant sobre l'aplicació de mesures coactives en psiquiatria. El 2004, amb la publicació de la REC (2004)^{10,xxi} arribaria la fita principal de la UE en matèria de protecció de drets de les persones amb trastorns mentals. És un document que regula, al llarg dels seus 38 articles, qüestions com la no discriminació, els drets civils i polítics, la provisió de serveis sanitaris, la confidencialitat, la investigació i altres, i que fa menció especial a l'hospitalització i els tractaments involuntaris i a les situacions derivades de les causes penals en persones amb trastorns mentals.

3.1 La pràctica clínica de les hospitalitzacions involuntàries en el nostre context

Els informes de la relatora especial de Nacions Unides sobre el dret a la llibertat i la seguretat^{xxii} posen l'accent en les persones que pateixen trastorns mentals i en de quina manera aquests drets queden negativament tractats en diversos països.

Denuncien que, en tot el món, moltes persones amb discapacitat són sistemàticament discriminades, empresonades, detingudes o sotmeses a restriccions físiques, de manera legal. Els ingressos involuntaris i els tractaments forçosos —que s'inclouen en la categoria de “discapacitat”— són els escenaris més comuns, fet que, per tant, qüestiona l'article 14 de la Convenció sobre la llibertat i la seguretat. Així mateix, —insisteixen— aquestes pràctiques freqüents semblen ser més preocupants quan la tendència a fer ingressos involuntaris va en augment. I això sense oblidar l'estigma i les falses creences relatives a la perillositat de les persones amb problemes de salut mental.

Tot i la manca de dades, hi ha prou evidència que, **en el nostre entorn, també hi ha una forta tendència a fer ingressos involuntaris¹.** De la mateixa manera que els consentiments informats han esdevingut un tràmit burocràtic gairebé buidat del sentit ètic originari, la concepció purament paternalista de la relació assistencial i la manca de reflexió ètica i legal de clínics i juristes sobre la qüestió dels drets **han fet que els ingressos involuntaris s'enfoquin majoritàriament com un mer procediment clínic-legal, on els drets bàsics de la persona es**

¹ A Europa, cada país té diferents lleis i criteris que regulen l'ingrés involuntari, de la mateixa manera que hi ha variacions substancials en la prestació de tractament, que van des dels sistemes de salut mental basats en la comunitat fins als que segueixen sent principalment hospitalaris. Per aquest motiu, no hi ha gaires dades actualitzades sobre la freqüència d'utilització de l'internament involuntari als països del nostre entorn. A Catalunya no disposem tampoc d'aquesta dada, a escala global.

H. Dressing i H.J. Salize, en un estudi comparatiu entre països de l'Europa dels 15 publicat el 2004, consideren que existeixen bàsicament dos tipus de regulacions quant als criteris per a una hospitalització no voluntària: les que posin com a requisit l'existència de trastorn mental associat a una situació de risc greu per a si o per a tercers, i les que prefereixen associar l'existència del trastorn a la necessitat de tractament, com és el cas de l'Estat espanyol o Itàlia. Dinamarca, Finlàndia, Grècia, Irlanda, Regne Unit i Portugal ofereixen les dues alternatives. Existeixen diferències sobre la durada màxima de la mesura, sobre les institucions que han de participar en la protecció dels drets de l'afectat i garantir-los, sobre el paper que ha d'exercir el professional psiquiatre i sobre si l'hospitalització i el tractament involuntaris són modalitats legalment diferents. Fruit de tot això, les diferències en l'aplicació del criteri d'involuntarietat entre els països citats són enormes: mentre que un 3-4% del total d'hospitalitzacions psiquiàtriques a Portugal i Dinamarca són involuntàries a Finlàndia, Luxemburg i Suècia s'acosten al 30%. A Anglaterra, el nombre d'ingressos involuntaris ha anat augmentant durant els darrers 20 anys. Segons la *Care Quality Commission*, en la seva publicació anual —[Monitoring the Mental Health Act. CQC, 2016](#)—, l'any 2016 es van registrar 63.622 ingressos involuntaris, que van constituir el 57% del total d'ingressos psiquiàtrics al país.

conjuguen en un marc formal exempt de veritable contingut. Això suposa que, en la majoria dels casos, un cop una persona ingressa involuntàriament, aquesta mantindrà aquesta condició d'excepció durant tot el temps que duri l'ingrés, encara que en el transcurs dels primers dies d'hospitalització, i gràcies al tractament, hagi recuperat la seva competència per prendre decisions. I respecte a l'obligat control judicial d'aquests internaments, cal dir que **es tracta majoritàriament d'un formulisme burocràtic, entre d'altres motius, per la manca de coneixements sobre la matèria de la majoria de jutges i d'altres professionals de l'àmbit judicial.** La manca de jutjats especialitzats així com la massificació que pot afectar alguns jutjats també afavoreix que els procediments estiguin més enfocats a donar compliment formal de la norma amb una aparença de justícia que no pas a oferir protecció real a les persones.

L'organització dels recursos i serveis comunitaris no es mostra capaç de mantenir ni un compromís suficient ni unitari en l'evitació dels ingressos crítics ni, sovint, en l'acompanyament proactiu del pacient en risc i de la seva família en la comunitat. Manquen alternatives a l'hospitalització total. **Aquestes limitacions, tant de recursos com d'organització i de formació dels professionals, estan influïent que es mantinguin, sense disminució, el nombre d'ingressos involuntaris.** Hi ha altres factors que poden afavorir també aquesta tendència: és el cas ja comentat de l'obligatorietat legal de qualificar com a "involuntàries" les hospitalitzacions de persones menors de 18 anys i de persones que tenen modificada la capacitat, i també el fet que hi ha la tendència —justificada— de comptabilitzar com a involuntari qualsevol ingrés on es considera que la persona no té la competència necessària per rebutjar-lo, encara que no s'oposi de manera manifesta i explícita a l'internament.

La insuficiència de recursos destinats a l'atenció en crisi i la manca de proactivitat de la xarxa assistencial també afavoreixen les intervencions coercitives a domicili per tal de fer efectiu un trasllat a la unitat d'Urgències. En molts casos, aquests trasllats es realitzen d'una manera molt intrusiva i amb la intervenció dels cossos policials com a suport als professionals d'emergències. Aquesta és una situació que, per la seva gravetat i per l'impacte emocional que genera en la persona i el seu entorn, s'hauria d'evitar d'una manera radical. En qualsevol cas, s'ha de garantir la formació permanent i la preparació dels agents sanitaris i de seguretat

per tal de fer que les intervencions de trasllat urgent siguin al més adequades i respectuoses possible i s'adaptin als criteris de necessitat, proporcionalitat i els altres que citem en aquest document.²

L'experiència personal de l'hospitalització és també manifestament millorable. Les sales de l'hospital freqüentment estan dissenyades per a pacients enllitats amb pocs espais d'esbarjo i poques activitats de caire psicosocial, amb una hegemonia dels tractaments biològics i pocs recursos per a l'acompanyament individualitzat i l'atenció psicològica. Amb freqüència, aquests factors, juntament amb les condicions de treball del personal i la manca de formació i sensibilització de professionals i gestors, generen **una vivència de l'hospitalització excessivament autoritària en la qual no són una excepció les contencions físiques i els aïllaments dels pacients.**

Cal obrir-nos a l'horitzó de la recerca d'alternatives capaces de transformar la manera d'entendre l'atenció a la salut mental. De fet, ja tenim algunes experiències internacionals amb utilització mínima de la coerció.^{xxiii} Entre d'altres, cal citar Open Dialogue a Finlàndia, el sistema d'atenció a Islàndia, les pràctiques d'hospitalització sense contencions a Trieste, les experiències sense tractaments involuntaris en alguns llocs d'Alemanya o els tractaments amb contenció zero a Suïssa.^{xxiv} **En aquesta perspectiva de millora caldrà, a més a més de nous recursos, tant d'infraestructures com de personal, una forta voluntat de formació dels professionals sanitaris i socials en matèria de drets humans i d'intervenció en crisis.**

² Existeix el [Protocol d'actuació per a l'atenció a les urgències, els trasllats i els ingressos involuntaris urgents de persones amb malaltia mental](#), signat pels departaments de Salut, Interior i Justícia de la Generalitat de Catalunya, i altres institucions, amb data d'octubre de 2006, però no s'ha fet un seguiment de la seva implantació.

3.2 La família en el context dels ingressos involuntaris

En la majoria de situacions, és la família la que ha de tenir cura del pacient i hi ha de conviure. Com a cuidadors principals constitueixen, amb la persona afectada, un sistema de relacions de gran significació vital per a tots els membres i també un marc moral amb uns drets i uns deures. En el context assistencial, això implica definir, en cada cas, els drets de la família a la informació i a la participació en la presa de decisions sobre el procés terapèutic. Aquesta qüestió es fa especialment evident en les situacions d'excepció al consentiment del pacient i, per tant, en les hospitalitzacions involuntàries.

A l'hora de concretar el paper de la família en relació amb la funció de representació d'una persona major d'edat afectada per un problema mental greu, convé tenir presents alguns factors. En primer lloc, la figura de representació pot no coincidir amb els membres del nucli familiar primari, sigui perquè hi ha hagut un nomenament judicial que així ho ha determinat, sigui perquè el pacient ho hagi decidit prèviament en un document de voluntats anticipades o en un procediment de planificació de decisions anticipades. Altres casuístiques poden ser la renúncia dels familiars directes a tenir-ne cura o les situacions en les quals la família no defensa els interessos de la persona, sigui perquè no representa correctament el que aquesta decidiria o perquè simplement decideix sobre la base de valors rígids que entren en conflicte o que directament poden danyar el pacient.

S'han publicat alguns criteris o normes^{xxv} que identifiquen famílies amb dificultats per prendre decisions complexes (persones amb dificultats cognitives o mentals significatives, persones que han danyat o abusat, que no coneixen prou els valors de la persona afectada o aquells familiars que no saben quin paper han de fer alhora de decidir). També es poden identificar casos en els quals es prenen decisions contràries a l'estat del coneixement i a les bones pràctiques professionals —que podrien tenir conseqüències greus sobre la salut del pacient—, o decisions que qualsevol persona en les mateixes situacions usualment no prendria.

Idealment, la família, independentment del vincle de parentiu, hauria d'adquirir el paper de cuidar, de preocupar-se i de voler ajudar la persona malalta. És per a aquesta funció de cura que **la família hauria de tenir un paper rellevant en les decisions per representació quan calgués i, especialment, en**

l'hospitalització. Clàssicament, les decisions de substitució o subrogades haurien de seguir aquest ordre:

En primer lloc, el criteri d'autonomia pura", que es limita a complir les indicacions, escrites o no, que hagi deixat amb anterioritat el pacient; en segon lloc, el "judici substituït", on algú que el coneix bé pren la decisió que normalment hauria pres el pacient, i, com a darrera possibilitat, el criteri del "millor interès", que estableix un judici extern del que suposadament serà millor per al pacient, considerant la qualitat de vida.^{xxvi}

En salut mental, aquests criteris poden orientar en les decisions subrogades que no estan subjectes a legislació específica, tot i que aquest no és el cas de les hospitalitzacions involuntàries.

El paràgraf 22 de l'Observació general número 1 (2014) de la Convenció fa esment a la "influència indeguda" de la qual poden ser objecte les persones amb discapacitat, per part dels seus representants, i considera que "hi ha influència indeguda quan la qualitat de la interacció entre la persona que dona suport i la que el rep presenta senyals de por, agressió, amenaça o manipulació". Però, com veurem més endavant, **abans que a les funcions de representació o substitució de la seva voluntat, la doctrina actual dona prioritat a la prestació de suports** per tal que la persona amb discapacitat pugui prendre decisions autònomes.

Tenir cura d'un familiar afectat o d'una persona sota tutela o curatela implica una obligació ètica de preocupació i un reconeixement de l'altre com a persona digna de respecte, amb un projecte de vida que potser per ella mateixa no pot acabar de completar. En moltes situacions, les famílies o representants legals són els "tercers" més immediats, els que han de gestionar les conseqüències emocionals i els perjudicis derivats de la conducta de risc del pacient en crisi. I això, òbviament, condiona negativament la tasca de "tenir cura", ja que assumir la voluntat del pacient de no ingressar, per exemple, per a la família requereix també suport, protecció i seguretat.^{xxvii} El problema s'agreuja quan la família no té prou recursos (emocionals, econòmics, de temps, etc.) per ajudar. Per això calen polítiques orientades a l'àmbit sociosanitari per poder portar a terme aquest compromís amb les persones vulnerables i els seus cuidadors. Això està en la línia de l'article 4 de la Convenció, sobre les obligacions generals dels estats que han ratificat el

document. En concret, hi ha d'haver un compromís per assegurar i promoure el ple exercici de tots els drets humans i les llibertats fonamentals, i això significa esforçar-se per tenir cura de les persones amb discapacitat i les seves famílies. Usualment, la família o el representant legal tenen poca participació durant tot el procés de l'hospitalització involuntària. Tenen nul·la o escassa consciència, en conjunt, de l'ingrés i, en particular, de tot el que comporta (medicació, privacitat, rutines, mesures coercitives, horaris, etc.). No tenen la sensació de poder participar en les diverses decisions, tot i que són els cuidadors principals del pacient i que ho continuaran sent després de l'alta. Igual que passa amb els pacients, els familiars o tutors reben poca informació sobre els seus drets i deures, especialment en relació amb la confidencialitat de la informació i la participació en la presa de les decisions que els puguin afectar. Com a conseqüència, la família pot sentir-se indefensa davant les actuacions i el tracte de determinats professionals, cosa que pot generar una experiència negativa i que es pot viure de forma conflictiva.^{xxviii}

El problema de la confidencialitat de la informació en aquestes situacions és especialment delicat i no és fàcil trobar un equilibri entre **els drets del pacient a decidir sobre la seva intimitat i, per tant, sobre qui ha d'accedir a la informació personal, i els drets dels cuidadors** a tenir almenys la informació necessària per poder tenir cura de la persona i fer-li puntualment de representants. La clau, sens dubte, és respectar la centralitat del pacient i el seu protagonisme en les decisions, però també el pacte recíproc de tenir en compte els drets dels altres. La manera en què es doni aquest equilibri entre proporcionar la informació i garantir la confidencialitat pot posar en risc l'aliança terapèutica, especialment en moment de crisi. Per això és important mirar d'**arribar a acords sobre aquestes qüestions en situacions en què el pacient està estable i té major capacitat de pensar i decidir.**

4 La Convenció i l'Observació general número 1

Ja hem assenyalat que la Convenció aporta un nou marc conceptual basat en la defensa dels drets de les persones amb discapacitat. Exposa uns **principis generals**, necessaris i indiscutibles, com el de la dignitat, la no-discriminació, l'autonomia o el respecte per la diferència, entre d'altres, i desenvolupa els

aspectes més rellevants que cal afrontar per tal que les persones amb discapacitat puguin exercir amb plenitud les llibertats i els drets fonamentals, com ara el dret a la vida, el dret a l'igual reconeixement davant la llei, la llibertat i la seguretat, la protecció contra la tortura o el tracte inhumà, la protecció de la integritat personal, la salut, etc. El que no queda clar —i aquí la reflexió des de l'ètica i la bioètica es fa imprescindible— és que aquests drets no són absoluts sinó que, com dèiem al principi, haurien de ser concebuts com a *prima facie*, és a dir, com a drets que haurien de ser respectats en primera instància, però sempre que no entrin en conflicte entre si. En aquest cas, i davant del conflicte entre drets reconeguts pel propi tractat, s'hauria de valorar la situació particular amb l'objectiu de deliberar sobre quin dret hauria de ser respectat en primer lloc en aquell context específic.

La nova mirada de la Convenció sobre la discapacitat en general posa l'èmfasi en l'autonomia de les persones. Tant la CDPD com l'Observació general volen representar un canvi de paradigma en què les decisions per representació siguin substituïdes per una perspectiva en què el consentiment informat i el dret a decidir —en ocasions amb ajudes— siguin el fonament. Tanmateix, caldria clarificar alguns conceptes emprats tant per la Convenció com per l'Observació general^{xxix} com, per exemple, la mateixa definició que dona la CDPD (art. 1) de “discapacitat”. Per a la Convenció **“les persones amb discapacitat inclouen aquelles que tenen deficiències físiques, mentals, intel·lectuals o sensorials a llarg termini que, a l'interactuar amb diverses barreres, poden impedir la seva participació plena i efectiva en la societat, en igualtat de condicions que la resta”**. Més enllà que, efectivament, es pugui generalitzar conceptualment el terme “discapacitat” en algun aspecte, incloure en un mateix registre discapacitats d'origen tan divers dificulta que hi hagi un tractament específic en algunes qüestions, perquè **no totes aquestes deficiències són iguals, ni condicionen de la mateixa manera la vida de les persones, ni generen les mateixes barreres socials**. Precisament, l'objecte d'aquest treball —la legitimitat de les hospitalitzacions involuntàries en situacions clíniques greus per causa de trastorn mental— **no és aplicable a situacions de discapacitat, sinó únicament a situacions clíniques concretes** durant les quals les persones afectades poden tenir dificultats —molt freqüentment transitòries— per prendre decisions sobre la

pròpia salut. No és aquesta la posició que expressa l'Observació general número 1, apartat IV, quan destaca precisament el contrari, que el reconeixement de la capacitat jurídica està vinculat al dret de la persona a no ser ingressada en contra de la seva voluntat en una institució de salut mental i a no ser obligada a ser sotmesa a un tractament de salut mental (article 14); a més a més del dret al respecte a la integritat física i mental (art. 17) i el dret a donar el consentiment per a un tractament mèdic (art. 25). El que sobta d'aquesta posició no són els seus enuncisats, que són criteris fonamentals que han de sostenir la defensa dels drets de totes les persones, tinguin o no una deficiència o un trastorn mental, sinó **la connotació de principi absolut, de norma única sense excepcions.**

No són admissibles els ingressos involuntaris o els tractaments forçosos per deficiències físiques o sensorials ni per discapacitat intel·lectual.

Tampoc ho són en les persones amb una llarga evolució crònica del seu trastorn mental que poden estar en situació de discapacitat per la interacció entre els seus dèficits mentals sostinguts i les barreres socials que els impedeixen una participació plena en la societat. De totes aquestes situacions se n'ha de fer, com diu la Convenció, un abordatge bàsicament psicosocial i de drets. Ja no són acceptables els llargs internaments en centres psiquiàtrics motivats per factors més relacionats amb l'estigma i la por que no per raons clíniques concretes.

En l'article 12 de la CDPD sobre igual reconeixement davant la llei, també es proposa **passar dels models basats en les decisions substitutives cap a un model enfocat en els suports.** Es planteja que, en totes les mesures relatives a l'exercici de la capacitat jurídica —per tant, a la potestat de decidir—, es proporcionin salvaguardes o garanties, les quals “asseguraran que les mesures (...) respectin els drets, la voluntat i les preferències de la persona, que no hi hagi conflictes d'interessos ni influència indeguda, que siguin proporcionals i adaptades a les circumstàncies de la persona, que s'apliquin en el termini més curt possible i que estiguin vinculades a exàmens periòdics d'una autoritat o un òrgan judicial competent, independent i imparcial”. Tot i que això és desitjable —i factible en la immensa majoria de casos—, hem de tenir en compte que hi ha situacions en què les persones, fins i tot amb suports, no poden decidir sobre gran part de la seva vida de manera plenament autònoma. En aquest sentit, compartim la tesi^{xxx} que acceptar decisions per representació en vistes de l'**interès superior**^{xxxi} de la

persona no ha d'implicar una amenaça a la llibertat d'aquesta persona ni la renúncia a donar-li tots els suports necessaris per prendre les decisions que consideri adequades.

En qualsevol cas, dotze anys després de la signatura de la Convenció per part de l'Estat espanyol, podem dir que hem avançat molt poc en la seva implementació, tant des del punt de vista dels canvis legals a què obliga, com des del progrés material en l'exercici dels drets de les persones amb discapacitat.

4.1 Els conceptes “voluntat”, “preferències” i “desitjos” en la Convenció i l'Observació general número 1

Altres conceptes que també són controvertits i requereixen una anàlisi amb més detall són, per exemple, els de “voluntat”, “preferències” i “desitjos”. Aquests termes no són sinònims, malgrat que la Convenció (art. 12.4) i l'Observació general número 1 (paràgrafs 17, 20, 21, 22, 26)^{xxxii} els posen al mateix nivell. Per contra, hi ha un ordre jeràrquic entre ells: el concepte més important és el de “voluntat”; les “preferències” suposen una jerarquizació dels “desitjos”. El “desig”, que és el terme més genèric, requereix ser gestionat des d'algun criteri i, èticament, és recomanable que sigui voluntari.

La “voluntat” és la capacitat de voler i tots els éssers en tenen. És la voluntat de viure i de preservar l'ésser. En els humans és, però, un desig d'autodeterminació (autonomia) —més enllà de viure, de viure bé, de la manera que cadascú ha triat. La persona té un projecte vital, certa orientació sobre què vol fer amb la seva vida. És des de la voluntat que hi ha decisió pròpiament autònoma, posicionament crític, jerarquizació, contenció, repressió dels desitjos o preferències.

Hi ha dues grans tradicions en relació amb el concepte “llibertat”. Stuart Mill defensa que la llibertat d'una persona acaba allà on comença la llibertat de l'altra. Immanuel Kant ens parla de la dignitat de la persona, com a fi en si mateixa, que es fonamenta en l'autonomia, i per a ell aquesta és un deure, una obligació, no només un dret. Per a Kant estem obligats a portar una vida digna, és a dir, amb bona voluntat, que és l'autònoma. Sabem que una decisió és moralment bona si la seva màxima pot esdevenir universal. És, doncs, un imperatiu categòric ser autònom.

La filosofia contemporània ha criticat aquesta posició en el sentit que el subjecte viu i es fa en un context que l'influeix i és més que un mer individu racional. Com ja hem dit en pàgines anteriors, la presa de decisions no ha de ser una qüestió que incorpori tan sols la racionalitat de la persona; ha d'incloure també les emocions, els valors i les altres persones en el seu context i amb les seves opinions, expectatives i preferències. L'autonomia i, per tant, la voluntat són relacionals. El subjecte forja la seva voluntat en un context que l'educa, o no, per ser capaç de ser autònom. Aquesta voluntat pot quedar excessivament condicionada quan, per exemple, la persona està en una relació de sobreprotecció, de manera que la seva voluntat deixa de ser una voluntat pròpia i autònoma que obeeix a interessos o pressions externs.

El "desig" és més genèric, inclou la voluntat i les preferències, que són desitjos prioritzats. El "desig" pot indicar una carència o una potència. Pot estar motivat pel fet de necessitar alguna cosa que no tenim (mancaça), però també en poden ser el mòbil de determinació la força, la potència o la capacitat de voler fer coses. No tots els desitjos són bons o èticament acceptables. I el mateix succeeix amb les preferències. És la voluntat la que, volent-se'n apropiat, fa seus els desitjos i les preferències. Té una entitat èticament superior quan és voluntat autònoma, bona voluntat des de la coherència i la consistència amb el projecte de vida, competent per triar la resta de desitjos i preferències. Aquests darrers poden ser manipulats i generats. La voluntat (aquesta voluntat flexible i relacional) al·ludeix a un acte més lliure, racional i crític, tot i que també pot ser manipulada.

Tenint present això, considerem que no totes les preferències o desitjos haurien de ser respectats. Una preferència que posa en perill la vida d'una altra persona, o que induirà a cometre una acció il·legal (civil o penal), no hauria de ser acceptada únicament pel fet de ser "una preferència"; ni tampoc si la persona està sota una situació psicopatològica que li condiciona el fet de poder raonar sobre si és això el que realment voldria si no estigués patint aquests símptomes (si és el reflex de la seva voluntat o no).

Per tant, caldria matisar el text de l'Observació (paràgraf 22) quan diu: "... la protecció ha de respectar els drets, la voluntat i les preferències de la persona, inclòs el dret a assumir riscos i a cometre errors".^{xxxiii} La discrepància rau, en primer lloc, en el fet que "voluntat" i "preferència" no són termes sinònims. En

segon lloc, en primera instància acceptaríem, en l'àmbit assistencial, la tesi del dret a "assumir riscos i a cometre errors" però, en tot cas, hauríem de veure responsablement quins són aquests riscos i errors, qui afecten i el grau de consciència i de capacitat de la persona per avaluar-los; sempre aplicant certes "condicions de tolerància"^{xxxiv} quan la persona assumeix riscos en el seu estil de vida i no hi ha vulneració dels drets d'altres persones.

En qualsevol cas, no s'haurien de respectar les preferències quan són arbitràries o absurdes, perquè no representen la voluntat de la persona per molt que aquesta perseveri en el seu projecte; i quan, si no s'és suficientment competent, se'n derivin riscos i errors desproporcionats cap a la mateixa persona o cap els altres (recordem que sempre som éssers amb context i relacions). Per contra, podria comportar un abandonament institucional i un atemptat al deure universal de protegir els més vulnerables.

4.2 Sobre la “competència” i la “capacitat”

El següent aspecte que cal considerar és el de la distinció entre “capacitat” i “competència”. Tot i que bona part de la tradició bioètica ha acceptat aquesta distinció, sembla que aquest no és el cas del Comitè sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (paràgraf 14 de l'Observació). El Comitè de Bioètica de Catalunya, en un text sobre les voluntats anticipades i la planificació de decisions anticipades en pacients amb trastorn mental i/o addiccions,^{xxxv} es feia ressò de la necessitat de fer aquesta distinció, amb especial rellevància en salut mental, perquè, tot i que hi ha més probabilitats que, en alguna circumstància clínica, les persones amb trastorns mentals puguin tenir eventualment problemes per decidir per elles mateixes, en les situacions d'estabilitat —que solen ser la majoria— aquests pacients poden decidir de manera responsable perquè tenen la competència necessària.^{xxxvi}

La “competència” per a la presa de decisions fa al·lusió al conjunt d'actituds i aptituds psicològiques (cognitives, afectives i volitives) que possibiliten que la persona pugui conèixer, valorar i gestionar la informació i que, finalment, prengui una decisió i ho expressi correctament. Pel que fa a la “capacitat”, s'ha de dir que és un terme amb una gran connotació jurídica, i es refereix al fet de ser titular de drets i obligacions i de poder exercir-los.

Tot subjecte major d'edat té capacitat legal per a prendre tota mena de decisions sobre la seva vida o les seves pertinences, tret que es demostrï el contrari de manera fefaent, o que la seva capacitat hagi estat limitada mitjançant sentència judicial.^{xxxvii} Però, una persona major d'edat pot trobar-se, circumstancialment, en una situació de falta de competència per decidir sobre la seva salut o sobre aspectes essencials de la seva vida. La falta de competència implica un estat cognitiu de l'individu definit per dèficits funcionals, jutjats com a suficientment greus, que no li permeten donar resposta a una presa de decisió específica, tenint en compte les conseqüències potencials. Aquesta competència ha de ser valorada pels professionals sanitaris i socials que atenen el pacient.

Sense cap intenció d'aprofundir en la manera de valorar-la, la bibliografia ens ofereix eines que poden servir per poder tenir una idea, més o menys objectiva, sobre si la persona pot o no decidir de manera responsable, és a dir, si té competència o no. Una d'aquestes eines és la MacCAT-T, basada en una sèrie de

criteris funcionals-cognitius —comprensió, apreciació, raonament i elecció— per avaluar la decisió.^{xxxviii} També hem de recordar que la competència necessària per prendre una decisió responsable depèn de la gravetat de la situació clínica o social a què es refereixi. En funció de les conseqüències de la decisió, es demanarà un grau més alt o més baix de competència.^{xxxix}

Dit això, **no subscrivim el text de l'Observació general (paràgraf 15) que diu que el criteri funcional s'aplica de forma discriminatòria a les persones amb discapacitat**, i considerem, per tant, que la valoració de la competència, per subjectiva i injusta, hauria de ser eliminada de la pràctica assistencial. Aquest punt de vista contradiu, en si mateix, el propi principi del consentiment informat que la Convenció tracta de defensar, ja que "consentiment" significa, precisament, disposar de tota la informació, tenir competència per comprendre-la i apreciar-la, i poder prendre una decisió lliurement. A més a més, la valoració de la competència, d'entrada, no és discriminatòria perquè és igual per a tothom. I, finalment, les persones poden presentar dèficits funcionals en circumstàncies diverses, sense que això comporti cap tipus de discapacitat.

D'altra banda, la comunitat científica té clar que **no hi ha una eina totalment infal·lible i que proporcioni automàticament un judici objectiu per a la valoració de la competència**. Més enllà de la MacCAT-T i altres eines d'ajuda similars, la valoració de la competència continua basant-se en un judici d'expert. Pretendre invalidar qualsevol eina que no pugui "determinar amb exactitud" un fenomen o un fet anul·laria gairebé tota la praxi de la medicina i dels serveis d'atenció a les persones.

En definitiva, **aquesta valoració hauria de ser vista no com un instrument de control, sinó com una tècnica que té com a objectiu protegir els interessos de les persones**, és a dir, un instrument que ens asseguri que la persona s'està representant correctament (que la decisió és fruit de la seva voluntat i no merament d'una preferència o un desig, o d'una influència aliena); una eina dirigida a protegir els seus drets, a respectar les decisions autònomes i a garantir que no la deixarem sola davant de decisions que clarament no tindran cap benefici per a ella ni són el reflex de la seva voluntat.

En tot cas, en la valoració de la competència, hauríem de tenir en compte algunes premisses:^{xl}

Cal partir de la presumpció de competència.

La competència s'ha de valorar en relació amb una decisió específica, un context concret i un moment determinat.

La competència pot ser fluctuant.

La competència requerida per a una decisió ha de ser proporcional a la gravetat de la decisió.

La falta de competència no ve determinada per la decisió, sinó per les habilitats que s'exigeixen per a prendre-la.

Les eines per valorar la competència són orientatives, no decisives. L'avaluació de la competència ha de servir per ajudar a decidir autònomament la persona —amb els suports que eventualment requereixi—, mai per suplantar la seva autonomia.

5 Conclusions i recomanacions

El Comitè de Bioètica de Catalunya i el Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya manifesten el seu acord amb la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat i amb la defensa dels drets d'aquestes persones en tots els àmbits de la vida, en igualtat de condicions que qualsevol ciutadà.

Contràriament al que estableix l'Observació general sobre els ingressos involuntaris en els casos de persones amb trastorns de salut mental, considerem que aquests poden ser necessaris i beneficiosos en certes circumstàncies, sempre com a darrera alternativa assistencial, en qualitat d'excepció al consentiment informat, amb totes les garanties ètiques i jurídiques, i amb el compromís de retornar a la persona la seva plena llibertat de decisió a la major brevetat possible.

Som conscients que aquesta afirmació pot representar un fort desafiament, si més no, a la interpretació canònica del text de la Convenció,^{xli} però, des del nostre punt de vista, la fonamentació d'una hospitalització no consentida, basada en les bones pràctiques, no té res a veure amb el concepte "discapacitat" i sí amb el concepte "manca de competència". Per tant, no és discriminatòria, ja que es planteja com a excepció del dret de les persones en general a decidir sobre la seva assistència, una decisió basada en la "voluntat" i no pas en la "preferència". I aquest criteri, el de l'excepció al consentiment basada en la manca de competència per a aquella situació concreta, pot ser aplicable a qualsevol persona

en una circumstància determinada, amb o sense un diagnòstic de trastorn mental i amb o sense discapacitat.

L'article 10 de la Convenció assenyala l'obligació dels estats part de garantir el dret a la vida (de qualitat) i l'article 26 es refereix al d'accés a la salut,^{xlii} que inclou tant la detecció precoç com la intervenció, ja sigui hospitalària o ambulatoria, sanitària o social, en casos de trastorn mental. En qualsevol cas, l'assistència s'haurà d'orientar des dels principis rectoris comentats per tal d'evitar la discriminació i assegurar el respecte per la dignitat (art. 3), la llibertat i la seguretat (art. 14), la protecció de la integritat (art. 17), i les normes ètiques d'una bona praxi (art. 25d). No obstant això, hem d'insistir que aquests principis —que fonamenten les decisions assistencials, incloses les intervencions que puguin resultar coercitives—^{xliii} no són absoluts, sinó que poden entrar en contradicció en situacions determinades, i necessiten de la deliberació per tal de jerarquitzar-los d'acord amb cada context particular. La referència que s'acostuma a fer de l'article 15 de la CDPD —protecció contra la tortura i altres tractes o penes cruels, inhumans o degradants—, repetida a l'Observació (paràgraf 42), podria haver estat relacionada amb la resposta social a l'aplicació del criteri de “perillositat”^{xliv} referit a les persones amb trastorn mental, justificació actualment inacceptable i que hauria de ser expulsada de qualsevol pràctica professional.^{xlv,xlvi}

L'única fonamentació per exercir un paternalisme justificat^{xlvii} amb una persona en una situació de greu perturbació mental és la seva manca de competència per evitar un dany i decidir en el propi interès. D'aquí la importància de la valoració experta de la competència, per més que aquesta valoració tingui les seves limitacions.

Ara bé, tot i la legitimitat de l'ingrés involuntari en situacions determinades, vist des dels criteris exposats, és cert que els serveis sanitaris i socials que s'ocupen de l'atenció a les persones amb problemes de salut mental tenen encara un llarg recorregut de millora en aquest àmbit. El respecte a la dignitat ens obliga a l'excel·lència professional, que inclou tant els coneixements tècnics com les actituds i els comportaments ètics, també en les situacions de crisi.

Per tot això, fem les recomanacions següents:

És necessari prendre consciència dels abusos en la utilització de la figura de l'internament involuntari en el nostre entorn. A més a més de l'àmplia subjectivitat

amb què s'aplica, cal insistir que, més enllà del procediment formal, l'internament involuntari afecta drets fonamentals de les persones i, per tant, ha de ser indicat de manera precisa i argumentada, i quan no hi hagi una altra alternativa menys restrictiva. Els protocols específics sobre aquesta indicació han de formar part dels plans funcionals de les unitats d'urgències i d'hospitalització i ser objectes de seguiment i controls.

Cal orientar l'atenció cap a la voluntarietat i l'autonomia de les persones, dins d'un marc relacional de presa de decisions compartides i planificant les intervencions per a aquelles situacions extremes de crisi de la persona que no li permetin decidir autònomament. Per això cal estimular la introducció del document de voluntats anticipades i de la planificació de decisions anticipades en la pràctica assistencial. En situacions de dèficits o carència de competència, no s'haurien de prendre totes les decisions "en nom de la persona" aplicant mesures paternalistes per defecte, sinó treballar per introduir-la, en la mesura de les seves possibilitats, en el procés de decidir. Que la persona estigui ingressada de manera involuntària no implica, necessàriament, que no sigui competent per a altres decisions durant tota la seva estada a l'hospital. Cal una guia de bones pràctiques en els ingressos involuntaris que ajudi a orientar els professionals en els criteris (*el què*) i els procediments assistencials —ètics i legals (*el com*)— de la mesura.

Respecte del sistema judicial, creiem necessària la creació d'un àmbit especialitzat del Dret pel que fa als assumptes relatius a l'internament per raó de trastorn mental i als derivats del tractament legal de la capacitat, igual que ho són el penal, el civil i el contenciós administratiu. Aquest canvi ha de permetre garantir una formació adequada sobre les situacions que afecten la capacitat de les persones, els aspectes ètics i legals, els tractats jurídics com ara la mateixa Convenció i la jurisprudència internacional en aquestes matèries. L'especialització s'hauria de fer extensiva als fiscals, metges forenses i funcionaris judicials adscrits a aquests jutjats monogràfics, per tal de poder discernir les situacions d'excepcionalitat, idoneïtat i proporcionalitat que puguin concórrer en cada cas, així com garantir que no es produeixin coercions injustificades ni pròrrogues innecessàries que impliquin la privació de llibertat.

En aquest mateix sentit, s'haurien de modificar les normes legals respecte de l'internament involuntari en les persones menors de 18 anys, mitjançant l'aplicació

del criteri —ja establert en la nostra legislació— de la majoria d'edat sanitària a partir dels 16 anys, i en persones amb la capacitat modificada, estatus aquest que, més enllà de les reformes legals que la mateixa Convenció demana, no té per què implicar la total manca de competència per a qualsevol decisió.

Des del punt de vista assistencial, és necessària una major implicació de tots els agents que hi intervenen per tal d'afrontar els canvis que requereix la cura de les persones que necessiten intervencions coercitives en salut mental, que sempre han de ser respectuoses amb els drets. Cal una estratègia compartida per tots els actors, començant per les administracions públiques i seguint per les entitats proveïdores de serveis i organitzacions de defensa de les persones afectades i els àmbits professionals.

En aquest mateix àmbit, compartim la necessitat de reforçar el desenvolupament d'algunes de les línies de l'Estratègia 2017-2020^{xlvi} del Pla Director de Salut Mental i Addiccions (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya), referides a la creació d'alternatives a l'hospitalització convencional, incentivant les entitats proveïdores a canviar l'actual model centrat en l'hospitalització per un altre més comunitari, reforçant la detecció precoç i l'atenció a la crisi, l'acompanyament individualitzat i la gestió de casos, els suports socials i la rehabilitació. També en aquesta línia, seria molt convenient disposar d'indicadors fiables que poguessin donar notícia de l'evolució de l'ús dels ingressos involuntaris i, en general, de les mesures restrictives en les xarxes d'atenció. És imprescindible proporcionar una formació adequada a tots els agents que participen en l'atenció dels afectats, professionals i gestors de les organitzacions. Alhora també dels propis afectats, que haurien de participar més i més activament en les decisions sobre el propi procés d'atenció i sobre el funcionament dels serveis que els atenen, incloses les seves famílies. Una manera d'estimular la formació i les pràctiques ètiques és potenciar i donar a conèixer el *Quality Rights*^{xlix} de l'OMS, una metodologia per mesurar la qualitat dels serveis d'una entitat proveïdora en salut en funció del nivell d'aplicació dels drets de les persones ateses.

El Comitè de Bioètica de Catalunya i el Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya amb aquest document de reflexió fan una aportació que hauria de promoure el canvi necessari en les pràctiques assistencials a què es refereix, en

un termini factible i àgil, i s'ofereixen a participar, des de la perspectiva que els és pròpia, en les iniciatives que, al respecte, puguin dur a terme en el futur les administracions i autoritats amb responsabilitats en aquest àmbit.

Si aquestes estratègies arriben a desenvolupar-se plenament en els serveis, i les motivacions i els valors que les inspiren es consoliden en la consciència de tots els agents, mitjançant una actuació responsable i coordinada, podrem assistir a un veritable canvi cap a un ús marginal de mesures de protecció com l'hospitalització no voluntària. Per ara, el repte és minimitzar-les, tot millorant-ne la pràctica. Avui per avui, l'alternativa d'il·legalitzar-les, tal com es planteja des d'un cert entorn de l'activisme en salut mental, significaria, a la pràctica, assumir la despreocupació de la societat cap als vulnerables i promoure'n l'abandonament.

Document aprovat a Barcelona el dia 10 de març de 2021, en reunió plenària conjunta del Comitè de Bioètica de Catalunya i el Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya.

Referències bibliogràfiques

ⁱ Torres F, Barrios L. [Libertades fundamentales, derechos básicos y atención al enfermo mental](#). Madrid: Ministeri de Sanidad i Consum; 2007 Es tracta d'un exhaustiu i rigorós informe sobre les successives normes legals i els criteris d'atenció respecte de diferents aspectes de l'atenció a les persones amb malaltia mental a Europa. Es va realitzar a partir de la revisió sistemàtica de documents d'organismes relacionats amb el Consell d'Europa, de l'OMS, de la Unió Europea, d'organitzacions professionals i de la literatura científica.

ⁱⁱ Naciones Unidas. [Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad](#). Nueva York, 2006.

ⁱⁱⁱ [Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General nº 1. Sobre el artículo 12: igual reconocimiento como persona ante la ley \(CRPD/C/11/4\)](#). 2014.

^{iv} [El Comitè està format per 18 persones renovables inicialment cada 4 anys](#). Cal fer esment específic que la composició ha estat objecte de crítica perquè el perfil ha pogut condicionar la manera d'entendre i llegir la Convenció. Fins i tot, recentment s'ha criticat que la gran majoria de membres del Comitè són activistes amb algun tipus de discapacitat. Això va poder condicionar, i fins i tot, propiciar que s'ignoressin comentaris que es van fer abans de fer públic el [text final de l'Observació General número 1](#). Així doncs, s'argumenta que hi va haver un diàleg insuficient entre tots els agents implicats en les temàtiques del text, de manera que fins i tot es qüestiona legítimament si la interpretació que fa el Comitè és universalment acceptada.

Craigie J, Bach M, Gurbai S, et al. Legal capacity, mental capacity and supported decision-making: Report from a panel event. *Int J Law Psychiatry*. 2019; 62:160-8.

^v Appelbaum P. Protecting the Rights of Persons With Disabilities: An International Convention and Its Problems. *Psychiatr Serv*. 2016;67(4):366-8.

Saving the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities – from itself. *World Psychiatry*. 2019;18:1.

Szmukler G, Daw R, Callard F. Mental health law and the UN Convention on the rights of persons with disabilities. *Int J Law Psychiatry*. 2014;37:245-52.

Szmukler G. The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: 'Rights, will and preferences' in relation to mental health disabilities. *Int J Law Psychiatry*. 2017;54:90-7.

Dawson D. A realistic approach to assessing mental health laws' compliance with the UNCRPD. *Int J Law Psychiatry*. 2015;40:70-9.

Freeman F, Kolappa K, et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(9):844-50.

^{vi} Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid, Triacastela, 2004.

^{vii} Recordem que, des de la perspectiva funcional, una decisió és autònoma si a) és intencionada, b) està presa amb informació i coneixement de les alternatives existents, del seu significat i de les seves conseqüències i c) en absència de coaccions externes.

Beauchamp T, Childress J. Principios de Ética Biomédica. Barcelona, Masson SA, 1999. Correspon a la 4a edició americana (1994).

^{viii} Damasio A. El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano. Barcelona, editorial Crítica, 2006.

^{ix} Ramos Montes J. Ética y salud mental. Barcelona, Herder Editorial, 2018.

^x Alemany García M. El concepto y la justificación del paternalismo. Tesi doctoral. Universitat d'Alacant, 2005.

^{xi} Canimas J. "Decidir por el otro a veces es necesario. A propósito de la Observación General N° 1 (2014) del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad". En VVAA: La incapacitación, reflexiones sobre la posición de Naciones Unidas. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. N. 39, Barcelona, 2016.

^{xii} El marc legal de referència ve donat, en el nostre context, per la Ley de Enjuiciamiento Civil, article 763, i la Llei 25/2010, de 29 de juliol, del llibre segon del Codi Civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família, cap. II, secció segona (internaments). L'article citat del Codi Civil diu: *Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. I el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa a dicho internamiento salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de 24 h, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de 72 h desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal...*". Cal remarcar que, després de la declaració d'inconstitucionalitat sobre l'article 763 referit, realitzada pel Tribunal Constitucional en la sentència 132/2010, de 2 de desembre, el mateix tribunal va conferir "caràcter d'orgànic" al citat article per la disposició addicional 1, en la redacció establerta a l'art. 2.3 de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de juliol (Ref. BOE-A-2015-8222). Mantenia la condició d'inconstitucionalitat de l'apartat 1, "amb l'efecte establert en el fonament jurídic 3, per sentència del TC 132/2010, de 2 de desembre" (Ref. BOE-A-2011-274).

^{xiii} Ramos J. op.cit. p.152.

^{xiv} Tal com proposa la CDPD, i com a principi fonamental, les dificultats que una persona pugui tenir per prendre decisions quotidianes sobre la seva vida, motivades per la interacció entre els seus dèficits i la resposta social, és a dir, per la discapacitat, han de ser enfocades des de la perspectiva dels suports que pugui necessitar, i no des de la substitució de la seva voluntat.

^{xv} Katsakou C, Rose D, Amos T, et al. Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(7):1169-79. Katsakou C, Marougka S, Garabette J, et al. Why do some voluntary patients feel coerced into hospitalisation? A mixed-methods study. *Psychiatry Res*. 2011;187(1-2):275-82;

Gabriel A. Perceptions and Attitudes towards Involuntary Hospital Admissions of Psychiatric Patient. *J J Psych Behav Sci*. 2016;2(1):013 (aquest últim article és una revisió bibliogràfica de 15 anys: 1999-2014).

^{xvi} Ramos J, op. cit., pp. 162-163.

^{xvii} [El Tribunal Constitucional, a la Sentència 141/2002, de 2 de juliol](#) constata que les raons per fer un ingrés involuntari urgent són: 1) existència d'un trastorn psíquic; 2) situació d'urgència; i 3) necessitat i proporcionalitat de la mesura. No obstant això, aquests criteris fins i tot poden ser objecte de crítica, ja sigui pel seu contingut com per la manera en la que han sigut enfocats. Una extensa i àmplia argumentació al respecte la podeu trobar a:

Berenger C. Los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico: especial consideración al procedimiento a seguir en los casos de urgencia médica. *Derecho Privado y Constitución*. 2014;28:263-309.

^{xviii} Aquests criteris són àmpliament acceptats. N'és un exemple evident d'això l'Organització Mundial de la Salut, la qual aposta per: 1) la incompetència del pacient per a la presa de decisions; 2) el tractament suposa una avaluació del binomi risc-benefici favorable al pacient; i 3) la no aplicació del tractament podria provocar un dany superior a la persona, la família o la comunitat.

San José L, Sol T. Aspectos médico legales del internamiento psiquiátrico y la incapacidad civil. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(14):549-53.

^{xix} Barrios L. [Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. Derecho y salud. 2003;11\(2\):141-163.](#)

^{xx} [Conveni del Consell d'Europa per a la protecció dels drets humans i la dignitat de l'ésser humà respecte de les aplicacions de la biologia i la medicina, també conegut com a "Conveni sobre Drets Humans i Biomedicina"](#)

^{xxi} [Per a més informació:](#) (n'hi ha traducció en espanyol).

^{xxii} [Tots els informes de la Relatora Especial](#)

^{xxiii} [Gooding P, et al. Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne, 2018.](#)

^{xxiv} Zinkler M. Germany without Coercive Treatment in Psychiatry—A 15 Month Real World Experience. *Laws*. 2016;5(15):1-6.

Seikkula J, Olson M. The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics. *Fam Process*. 2003;42(3):403-18.

^{xxv} Ramos S. Una visión más realista de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Acta Bioethica*. 2017;23(1):119-128.

^{xxvi} Beauchamp T, Childress J. *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson SA, 1999. Correspon a la 4a edició americana (1994).

^{xxvii} En ocasions es fan "ingressos per descans familiar". Es tracta d'una atenció residencial temporal de persones altament dependents (per raons d'edat o discapacitat intel·lectual.) i té com a finalitat millorar la qualitat de vida de les persones cuidadores que tenen al seu càrrec aquest perfil de persones. Es busca, doncs, un temps de descans per a les famílies i també donar resposta a situacions urgents imprevistes. Un exemple d'això són els Serveis Residencials d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona. La seva legitimitat està molt vinculada al fet que l'ingrés sigui voluntari o no voluntari, i també als motius pels quals la persona ho decideixi i, en particular, que hagi estat condicionada o no condicionada, o manipulada, per acceptar-ho.

^{xxviii} Jankovi J, Yeeles K, Katsakou C, et al. Family Caregivers' Experiences of Involuntary Psychiatric Hospital Admissions of Their Relatives – a Qualitative Study. [PLoS One](#). 2011;6(10):e25425.

Førde R, Norvoll R, Hem MH, Pedersen R. Next of kin's experiences of involvement during involuntary hospitalisation and coercion. *BMC Med Ethics*. 2016;17(1):76.

^{xxix} Ramos S. Una visión más realista de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Acta Bioethica*. 2017;23(1):119-28.

Ramos S. The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Mental Health Law: a Critical Review. *ALTER. European Journal of Disability Research*. 2016;10(4):301-9.

Ramos S. Igual reconocimiento de las personas con discapacidad ante la ley. Algunos comentarios sobre la "Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad". *Formación Médica Continuada*. 2016;23(6):339-46.

^{xxx} Canimas J. op cit., P. 23.

^{xxxi} Ens trobem de nou amb un concepte problemàtic ja que l'Observació en fa ús (concretament quan fa al·lusió als nens [paràgraf 36]) però no fa una mínima referència a què vol dir ni què inclou aquest "interès superior". Per motius d'espai no podem desenvolupar mínimament aquest concepte. Per a més informació:

Kopelman LM. The Best-Interest Standard as Threshold, Ideal, and Standard of Reasonableness. *J Med Philos*. 1997;22(3):271-89.

Kopelman LM. The Best Interests Standard for Incompetent or Incapacitated Persons of All Ages. *J Law Med Ethics*. 2007;35(1):187-96.

Buchanan A, Brock D. *Deciding for Others. The Ethics of Surrogate Decision Making*. New York: Cambridge University Press; 1989, pp. 122-134.

No obstant això, aquest concepte també ha tingut moltes crítiques. Per a més informació:

Veatch RM. Abandoning informed consent. *Hastings Cent Rep*. 1995;25(2):5-12.

Diekema DS. Revisiting the Best Interest Standard: Uses and Misuses. *J Clin Ethics*. 2011;22(2):128-33.

Rhodes R, Holzman IR. Is the best interest standard goof for paediatrics? *Pediatrics*. 2014;134 Suppl 2:S121-9.

Bester JC. The best interest standard and children: clarifying a concept and responding to its critics. *J Med Ethics*. 2019;45(2):117-24.

^{xxxii} Szmukler també fa referència a aquesta incongruència. Tot i que no és l'objectiu del nostre treball, val la pena tenir present que la voluntat i les preferències poden entrar en conflicte, per exemple, en el context del document de voluntats anticipades. Per exemple, quan una persona anota què vol i per què ho vol, ja que és la seva voluntat (raonada i ponderada en funció dels seus valors i preferències) però en un moment determinat i puntual es qüestiona si allò que va anotar és el que s'hauria de fer o no (preferència) ara. En salut mental aquest canvi pot ser motivat per una descompensació, però també pot ser-ho per una reflexió coherent i sensata del pacient sobre la pròpia situació clínica. Aleshores, en aquest sentit, es pot qüestionar quina hauria de ser la millor decisió tenint en compte el "millor interès" i fins i tot prendre una decisió per representació (sempre tenint en ment quina és la voluntat del pacient). No obstant això, no és fàcil determinar quan i en quin moment ha canviat substancialment com per a que la decisió puntual sigui reflex o no de la seva voluntat. En qualsevol cas, hi ha d'haver una coherència en el temps (passat i present) sobre com ha evolucionat la persona, els seus desitjos, les seves preferències, etc. Per a més informació:

Szmukler G. "Capacity", "best interests", "will and preferences" and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry*. 2019;18(1):34-41.

^{xxxiii} El propi text del Comitè deixa aquí una porta oberta a les interpretacions cosa que, en relació amb aquesta possibilitat d'assumir riscos i errors, pot tenir moltes conseqüències negatives per a les persones. N'és un clar exemple el fet que no es diu res sobre si hi ha alguna diferència substancial, per exemple, entre: a) si aquest risc implica algun tipus de dany per a la pròpia persona; b) si aquest risc comporta una pèrdua molt important sobre el seu patrimoni (i en aquest cas, tampoc, si la persona està sota alguna descompensació psicopatològica o no que pugui condicionar la seva decisió); c) si aquest risc implica un dany per a terceres persones; o d) si aquest risc implica contradir normes jurídiques (civils o penals).

^{xxxiv} Canimas J. op. cit.

^{xxxv} [Comitè de Bioètica de Catalunya. El respecte a la voluntat de la persona amb trastorn mental i/o addicció: document de voluntats anticipades i planificació de decisions anticipades. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2018.](#)

^{xxxvi} [Okai D, Owen G, McGuire H, et al. Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2007;191:291-7.](#)

^{xxxvii} Les normes legals que al nostre país regulen els procediments de modificació de la capacitat estan subjectes a revisió en compliment de la CDPD.

^{xxxviii} Appelbaum PS. [Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment.](#) *N Engl J Med*. 2007;357(18):1834-40.

Álvarez I, Baón B, Navío M, et al. Validación española de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. *Med Clin (Barc)*. 2014;143(5):201-4.

Hernando P, Lechuga X, Solé P, et al. Validación, adaptación y traducción al castellano del MacCAT-T: herramienta para evaluar la capacidad en la toma de decisiones sanitarias. *Rev Calidad Asistencial*. 2012;27(2):85-91.

Simón P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2008;28(102):325-48.

^{xxxix} Drane J. "Las múltiples caras de la competencia". Couceiro A. *Bioética para clínicos*. Madrid, Triacastela, 1999, pp. 163-76.

^{xl} Comitè de Bioètica de Catalunya. 2018. op. cit.

^{xli} Dawson J. A Realistic Approach to Assessing Mental Health Law's Compliance with the UNCRPD. *Int J Law Psychiatry*. 2015;40:70-79.

Colin M, Kolappa K, Caldas J, et al., op. cit.

Szmukler G, Daw R, Callard F, op. cit.

^{xlii} Ens decantem per un concepte de salut biopsicosocial com el que proposa el Hastings Center: "L'experiència de benestar i integritat del cos i la ment. Es caracteritza per l'absència de mals de consideració i, per tant, per la capacitat d'una persona per perseguir les seves metes vitals i desenvolupar-se adequadament en contextos socials i laborals habituals".

[Hastings Center. Los fines de la Medicina. Barcelona: Grifols Foundation; 2010](#)

^{xliii} Barrios L, 2003, op. cit.

^{xliv} Sovint tenim la falsa concepció que els malalts mentals són violents i perillosos, tot i que les dades dels estudis epidemiològics no corroboren aquest fet. S'estima que únicament entre el 5% i el 10% dels actes de violència criminal estan vinculats a la malaltia mental, però aquestes conductes estan associades al consum de substàncies i/o a l'abandonament terapèutic, més que no pas merament a la simptomatologia psiquiàtica. ³⁵
Ruiz MA, et al. Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5(2):98-106.

Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(3):163-79.

López M, Laviana A, López A. “Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves”, a Márquez I, et al. (coord.). *Violencia y salud mental. Salud mental y violencias institucional, estructural, social y colectiva.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. p. 187-207.

González S, Molina J, Huertas D, et al. Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. *Archivos de Psiquiatría.* 2008;2-4:109-27.

^{xlv} Large MM, Ryan CJ, Nielssen OB, et al. The Danger of Dangerousness: Why we must Remove the Dangerousness Criterion from our Mental Health Acts. *J Med Ethics.* 2008;34(12):877-81.

^{xlvi} Alguns autors han reflexionat sobre aquesta temàtica perquè no està clar quines són aquestes pràctiques mèdiques que haurien de ser concebudes com a “inhumanes, tortures o cruels”. Ni tampoc no està clar si, de fet, l'article 14 hauria de ser concebut com un dret absolut o no; i, si no ho fos, la tasca, per tant, hauria d'estar orientada a delimitar o restringir aquest article sobre la base de la seva proporcionalitat.

Wayne M, Gurbai S. Surveying the Geneva impasse: Coercive care and human rights. *Int J Law Psychiatry.* 2019;64:117-28.

^{xlvii} Alemany M. op.cit.

^{xlviii} [Departament de Salut. Pla director de salut mental i addiccions. Estratègies 2017-2020. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2017.](#)

^{xlix} [Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias. Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. Ginebra: Organización Mundial de la Salud \(OMS\); 2012>](#)

Grup de Treball

Elisa Abellán Hernández. Treballadora social al grup Pere Mata i professora de la URV. Membre del Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya.

Jordi Blanch Andreu. Psiquiatre. Director del Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya.

Eduard Hernández Ubide. Psicòleg. Director de l'Equip de Valoració d'Adults de Barcelona (CAD1 Paral·lel). Generalitat de Catalunya. Membre del Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya.

Pablo Hernando Robles. Psicòleg. Membre del Comitè d'Ètica Assistencial del Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí. Membre del Comitè de Bioètica de Catalunya.

Eulàlia Porta Felipe. Suport tècnic del Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya.

Josep Ramos Montes. Psiquiatre. Membre del Comitè de Bioètica de Catalunya. Membre del Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya. Coordinador del Grup de Treball.

Sergio Ramos Pozón. Filòsof i professor associat a l'Escola d'Infermeria de la UB i a la UVic-UCC.

Bernabé Robles Olmo. Metge neuròleg de l'Hospital General de Sant Boi (Parc Sanitari Sant Joan de Déu). Membre del Comitè de Bioètica de Catalunya.

Begoña Román Maestre. Filòsofa i professora de la UB. Presidenta del Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya. Membre del Comitè de Bioètica de Catalunya.

Josep M. Solé i Chavero. Director de la Fundació Support-Girona. Board-member de l'Associació Europea de Serveis a Persones amb Discapacitat (EASPD).

Núria Terribas i Sala. Jurista. Directora de la Fundació Víctor Grifols i Lucas, i de la Càtedra de Bioètica de la UVic-UCC. Vicepresidenta del Comitè de Bioètica de Catalunya. Coordinadora del Grup de Treball.

Sílvia Ventura i Mas. Jurista. Presidenta del Comitè d'Ètica Assistencial de la Fundació Congrés Català de Salut Mental i membre del Patronat de la Fundació Malalts Mentals de Catalunya.

Dos membres del Grup de Treball no comparteixen el consens en el contingut d'aquest document i volen expressar el seu dissentiment amb l'expressió dels seus vots particulars.

Sílvia Ventura i Mas

*Reconeixent els esforços d'aproximació dels redactors, emeto un **vot particular**: la CDPD, text que forma part de la Constitució des de 2008, és molt clara en la prohibició de la privació de llibertat per tractament. A Barcelona ciutat, en els darrers 4 anys, els internaments involuntaris superen els 2.500 anuals (hospitals sempre plens, amb un 60% d'involuntaris invariables) i amb contencions mecàniques que no són ni tan sols quantificades i sense que l'administració no hagi planificat ni un model ni un termini per tal de modificar la situació. Tot està per fer. L'excepció és, en realitat, la norma, i aquest document pot justificar la immobilitat.*

Josep M. Solé i Chavero

Agraït d'haver pogut exposar el meu desacord durant el desenvolupament de les discussions que han conduït a aquest document, reitero el meu dissentiment respecte del resultat, malgrat que reconec i valoro l'evolució respecte del redactat inicial. La voluntat de justificar les intervencions involuntàries en algunes situacions extremes i, molt concretament, les que tenen forma d'ingressos i hospitalitzacions involuntàries, en contra de la interpretació que fa el Comitè sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat de Nacions Unides sobre els drets humans vigents en aquesta matèria, que emfatitza la vulneració de drets que comporta, tindrà molt més impacte que les conclusions i recomanacions que reflecteixen la inadequació del nostre sistema de salut mental quan abusa d'aquesta figura per manca de coneixement dels professionals, prevalença de les pressions de l'entorn social, falta de recursos assistencials o poca orientació de recursos a la prevenció. Aquest document pot contribuir a perpetuar les situacions d'abús que denuncia.