



Fundació CCSM

*Documents de la Fundació  
Congrés Català de Salut Mental*

**COMITÈ D'ÈTICA ASSISTENCIAL**

**PROTECCIÓ DE DRETS I DIGNITAT:  
legislació en salut mental**

*Barcelona, desembre de 2008*

*Núm.  
4*



*Documents de la Fundació*  
*Congrés Català de Salut Mental*

**Edita:** Fundació Congrés Català de Salut Mental

**Coordinació editorial:** Departament de publicacions de FCCSM

**Disseny gràfic:** Vanessa Llinares

**Revisió i correcció de textos:** Usoa Sol

**Impressió:** Offset Infanta, S.L.

Fundació Congrés Català Salut Mental (FCCSM)

C/ Còrsega, 257 pral.

08036 Barcelona

Tel.: 93 238 62 47

A/E: [info@fccsm.net](mailto:info@fccsm.net)

Web: [www.fccsm.net](http://www.fccsm.net)

# ***PROTECCIÓ DE DRETS I DIGNITAT:***

*Legislació en salut mental*

## **Document elaborat pel Comitè d'Ètica Assistencial de la FCCSM:**

### **Presidenta:**

Alícia Roig

### **Vicepresidents:**

José Leal

Sílvia Ventura

### **Secretari:**

Jordi Marfà

### **Vocals:**

José M. Busquets

Montserrat Carbonell

Belén Díaz

Josefina Fernández

Sabel Gabaldón

Oriol Romaní

M. Jesús Rufat

Mercè Teixidó

### **Comitè de redacció:**

Montserrat Carbonell

Belén Díaz

Josefina Fernández

José Leal

Sílvia Ventura

*Barcelona, desembre de 2008*





# *Índex*

<b>1) <i>Introducció</i></b>	<b>6</b>
<b>2) <i>Consentiment informat en salut mental</i></b>	<b>8</b>
<b>3) <i>La confidencialitat</i></b>	<b>14</b>
<b>4) <i>Les voluntats anticipades en salut mental</i></b>	<b>24</b>
<b>5) <i>La incapacitació</i></b>	<b>30</b>
<b>6) <i>L'ingrés involuntari</i></b>	<b>38</b>
<b>7) <i>L'ingrés i els tractaments dels menors</i></b>	<b>50</b>
<b>8) <i>Mesures restrictives</i></b>	<b>52</b>
<b>9) <i>Bibliografia</i></b>	<b>56</b>

# 1)

---

## **Introducció**

Aquest document que elabora el Comitè d'Ètica Assistencial és una nova aportació a la reflexió sobre "Drets humans, ètica i salut mental" i continuació d'un document anterior en què es plantejaven propostes sobre "Tractament ambulatori obligatori i mesures restrictives" publicat el febrer de 2005.

Ens hem centrat en diferents aspectes de la pràctica assistencial: el consentiment informat, la confidencialitat, les voluntats anticipades, la incapacitació, l'ingrés involuntari i les mesures restrictives, que, per la seva importància i complexitat, requereixen d'un coneixement detallat del marc legal que les regula i de les aportacions i conclusions d'organismes nacionals i internacionals sobre aquests temes.

Estem convençuts que facilitar el coneixement d'aquestes normatives d'una manera fàcilment assequible per als professionals és un bon mitjà per assegurar pràctiques èticament sostingudes i compromeses amb la defensa dels drets de les persones. Juntament amb l'organització de dispositius que van des de la prevenció fins la rehabilitació i la reinserció, els desenvolupaments jurídics han contribuït en gran mesura a un necessari i permanent esforç per a la dignitat de les persones amb malalties mentals i per una atenció basada en el reconeixement dels seus drets, en el respecte i en l'augment de la seva capacitat per decidir i implicar-se en totes aquelles tasques que els concerneixen.



Des d'aquells plantejaments estan pensats aquests textos, amb l'ànim d'ajudar als professionals davant d'alguns dels dilemes que pot presentar la pràctica assistencial. Una pràctica altament complexa i, per això, necessitada d'atencions interdisciplinàries i interinstitucionals que requereixen ser permanentment pensades i actualitzades.



## 2)

### *Consentiment informat en salut mental*

---

El consentiment informat s'entén com l'acceptació per una persona competent d'un procediment diagnòstic o terapèutic després de tenir la informació adequada i suficient per poder implicar-se lliurement en la decisió clínica.

Per poder parlar de consentiment lliure i informat es requereixen tres elements: informació complerta, comprensió adient i absència de coacció, és a dir, voluntarietat.

**Informació complerta:** els ciutadans han de rebre del professional de la salut la informació complerta, adient i veritable. Això implica utilitzar un llenguatge adient i una terminologia comprensible per obtenir informació suficient en quantitat i profunditat, que permet comprendre l'abast i conseqüències que poden tenir les seves decisions.

**Comprensió:** és necessari que la persona compregui la informació proporcionada des de la seva perspectiva i en funció de les seves capacitats, intel·ligència, maduresa i idioma.

**Voluntarietat:** els pacients han de tenir la possibilitat de decidir lliurement si volen o no els procediments diagnòstics o terapèutics. No ha d'existir coacció, és a dir, no s'ha de pressionar perquè prenguin decisions ràpides sense haver elaborat la informació de manera adient.

El consentiment informat ha de donar-se en tot el procés de tractament i ha de ser un element facilitador de la comunicació entre el professional i el pacient. En els supòsits legals establerts, ha de constar de forma escrita mitjançant la signatura d'un document que s'ha de fer un cop s'han produït els requisits esmentats. S'ha d'evitar que el consentiment informat esdevingui un "tràmit" més mitjançant el qual es lliuri un document al ciutadà perquè el signi, donant per suposat que aquest el signarà sense més preàmbuls.

## LEGISLACIÓ

- **Declaració Universal dels Drets Humans (DD.HH.),** que en el seu article 3 estableix que tota persona té dret a la vida, a la llibertat i a la seguretat.
- **Convenció Internacional dels Drets dels Infants,** que en el seu article 12 afirma que els infants han de ser consultats en tots els afers que els afectin.
- **Constitució Espanyola,** específicament l'article 10.1, que estableix els drets de la persona com són la dignitat, el lliure desenvolupament de la personalitat, el respecte a la llei i els drets inviolables que són inherents a l'ésser humà; l'article 15, que regula el dret a la vida i a la integritat física i moral i l'article 17, que diu que "tota persona té dret a la llibertat i la seguretat".
- **Llei General de Sanitat.** Article 10.5: "El pacient té dret en primer lloc, que se li doni en termes comprensibles, a ell i als seus familiars, informació completa i continuada, verbal i escrita, sobre el seu procés, incloent-hi diagnòstic,

pronòstic i alternatives de tractament”; article 10.6: Dret a escollir lliurement entre les opcions possibles. Es preveuen tres excepcions: quan de la no intervenció resulti un perill per la salut pública, quan el pacient no estigui capacitat per prendre decisions o quan la urgència no permeti demores. Article 10.9: El pacient pot negar-se a rebre el tractament i, si és el cas, demanar l’alta voluntària.

• **Conveni sobre els DD.HH. i la Biomedicina del Consell d’Europa (Conveni d’Oviedo<sup>1</sup>).** A l’article 5 es regula específicament el necessari consentiment. L’article 6 tracta de la protecció de les persones presumptament incapaces (menors, discapacitats, etc.) regulant que aleshores s’haurà de fer amb l’aquiescència dels seus representants. L’article 7 està dedicat especialment a les persones amb trastorns mentals: la persona que sofreixi un trastorn mental greu només podrà ser sotmesa, sense el seu consentiment, a una intervenció que tingui per objecte tractar el trastorn esmentat, quan l’absència d’aquest tractament pugui ser greument perjudicial per a la seva salut i a reserva de les condicions de protecció previstes per la llei, que compreguin els procediments de supervisió i control, així com els de recurs.

• **Llei 21/2000, de 29 de desembre sobre els “Drets d’informació concernent a la salut i l’autonomia del pacient i la documentació clínica”.** A l’article 3.1 es regula que el titular del dret de la informació és el pacient i que, amb el seu consentiment, s’ha d’informar també als seus familiars. L’article 3.2. i

---

<sup>1</sup> Aquest Conveni va ser ratificat per l’Estat espanyol el 23 de juliol de 1999 (publicat al BOE núm. 251 de 20 d’octubre de 1999).

3.3. regula que en cas d'incapacitat estable o temporal s'haurà d'informar als seus familiars. L'article 6 estableix el consentiment informat determinant que "qualsevol intervenció en l'àmbit de salut requereix que la persona afectada doni el seu consentiment de manera específica i lliure havent estat prèviament informada, i que aquest consentiment s'ha de fer per escrit en intervencions quirúrgiques, procediments diagnòstics invasius i sempre que comportin riscos que puguin fer perillar la salut del pacient".

• **Llei Bàsica 41/2002, de 14 de novembre, "reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica"**. Aquesta llei estableix el dret a la informació assistencial (article 5) i epidemiològica (article 6) i el consentiment informat (article 8) i els seus límits (article 9) de manera similar a la llei catalana 21/2000.

Aquesta regulació del consentiment informat en l'àmbit de salut mental ens podria fer plantejar si les excepcions a la seva aplicació per qüestió de competència i capacitat permetrien considerar que les persones que pateixen una malaltia psíquica no són subjectes a qui se'ls pot demanar aquest consentiment. Aquesta excepcionalitat es podria considerar encara més si són menors d'edat. Res més lluny de la realitat, doncs l'esperit de les pròpies lleis es decanta per una aplicació extensiva de la llei a tots els ciutadans i regula específicament el següent: a l'article 3, la Llei 21/2000 estableix que el pacient sense capacitat legal *"ha d'ésser informat en funció del seu grau de comprensió, sens perjudici d'haver d'informar també qui en té la representació"*. De forma similar, la Llei Bàsica 41/2002, més recent que la catalana

i de caràcter bàsic, és a dir, de categoria superior amb validesa per a tot l'Estat, determina a l'article 5.26 que: *"el pacient serà informat, fins i tot en cas d'incapacitat, de forma adequada a les seves possibilitats de comprensió, complint amb el deure d'informar també al seu representant legal"*.

Però el text no es limita a proclamar el dret que té el presumpte incapaç i el menor a la informació i el corresponent deure del professional sanitari d'informar, sinó que determina que, sempre que el seu nivell d'autonomia li ho permeti, el menor ha de participar en la decisió a prendre davant dels procediments diagnòstics o de tractament que s'ofereixen. L'article 7.4. de la Llei 21/2000 ho diu de forma explícita: *"el malalt ha d'intervenir, tant com sigui possible, en la presa de decisions"*.



# 3)

## *La confidencialitat*

---

La confidencialitat fa referència tant al dret que la persona té que no siguin “revelades” les informacions confiades a un altre, com al deure de “sigil” que obliga i compromet qui rep la confidència.

Es basa en dos fonaments ètics:

1. el respecte a l'autonomia
2. el dret a la dignitat

Beauchamps i Childess argumenten la confidencialitat en tres principis bàsics: a) la participació del pacient en el tractament, b) el reconeixement i respecte de l'autonomia i la privadesa del pacient, i c) l'obligació de fidelitat en la relació terapèutica.

La base de la relació terapèutica es troba en la confiança i respecte mutu, col·locant al pacient com a protagonista actiu, junt amb el terapeuta, del seu propi tractament. Durant aquest procés el pacient disposa en el terapeuta informació sobre aspectes íntims de la seva vida que considera importants per al tractament basant-se en aquesta “confiança”.

### **LEGISLACIÓ**

- **Declaració Universal dels DD.HH. 1948.** En l'article 12 reconeix el dret que “ningú serà objecte d'ingerències arbitràries en la seva vida privada”.



- **Principis per a la protecció dels malalts mentals i per a la millora de la salut mental. Nacions Unides. 1991.** Principi 6: “S’ha de respectar el dret de confidencialitat de la informació”.
- **Convenció de Drets del Nen de Nacions Unides, 1989, Carta Europea dels Drets del Nen de 1992, Llei orgànica de protecció jurídica del menor 1/1996.** L’article 4 reconeix el “dret a l’honor a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge”, i l’article 9 el “dret del nen a ser escoltat si tingués suficient judici”. En la llei bàsica reguladora de l’autonomia del pacient es defineix el menor madur com “aquell que és capaç de comprendre el que decideix”; per tant, s’ha de valorar la competència per a la presa de decisions.
- **Constitució Espanyola 1978.** Els articles 18.2 i 18.4 reconeixen el “dret a l’honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge”.
- **Codi Penal. Llei Orgànica 10/1995.** En l’article 197.2 es castiga la violació del secret professional.
- **Llei de la Comunitat Autònoma de Catalunya 21/2000.** Estableix el dret d’informació concernent a la salut i a l’autonomia del pacient i a la documentació clínica. En l’article 5 es descriu la formulació i abast de la confidencialitat: “Tota persona té dret que es respecti la confidencialitat de les dades referents a la seva salut. Igualment, té dret que ningú que no hi estigui autoritzat hi pugui accedir. Els centres sanitaris han d’adoptar les mesures oportunes per a garantir aquest dret”.

- **Llei Bàsica reguladora de l'autonomia del pacient 41/2002.** En l'article 7, estableix que "tota persona té dret que es respecti la confidencialitat de les dades referents a la seva salut".

Respecte al reconeixement del dret a la confidencialitat de la persona amb malaltia mental existeixen declaracions com:

- **Declaració dels Drets dels Malalts. Lisboa 1981.** L'Associació Mèdica Mundial, en l'apartat d) diu que "el pacient té dret a esperar que el seu metge respecti el caràcter confidencial de les seves dades mèdiques i personals".

- **Declaració d'Hawaii / II. Assemblea General de l'Associació Mundial de Psiquiatria 1983.** Principi 3: "Les relacions terapèutiques fundades en un acord mutu requereixen confiança, confidencialitat, cooperació i responsabilitat mútues per ser òptimes". Principi 8: "Tot el que el psiquiatre hagi sentit, ha de guardar-ho com a confidència, llevat que el pacient l'alliberi d'això o quan aquesta informació sigui necessària; en aquest cas s'ha d'informar el pacient".

- **Declaració de l'Associació Mèdica Mundial sobre aspectes ètics relacionats amb els pacients amb malalties mentals 1995.** Principi 5: "Quan sigui requerit per la llei, només s'ha de donar informació rellevant"... "Els bancs de dades mèdiques automatitzats només han de ser utilitzats quan en quedi assegurada la confidencialitat".

• **Declaració de Madrid. Associació Mundial de Psiquiatria 1996.** Directriu 6: “La informació obtinguda en el marc de la relació terapèutica ha de ser confidencial”...“La violació de la confidencialitat només podrà ser adequada quan existeixi perill seriós mental o físic; en aquestes circumstàncies s’haurà d’informar el pacient”.

En el camp de la salut mental i l’atenció psiquiàtrica, la confidencialitat és un tema de primer ordre. La pràctica clínica va dirigida a pacients sovint molt vulnerables, que confien als professionals informació altament sensible concernent a la seva vida privada, així com a la salut. Aquesta informació que el pacient aporta a la relació terapèutica obliga, més que en altres especialitats, a la *confidencialitat* i això no només al terapeuta, sinó a tot l’equip que intervé en el cas.

Una altra qüestió important és la referida a la competència del pacient, tant transitòria com permanent, cosa que suposa la participació de tercers a la presa de decisions i tractament. Haurem d’informar al pacient que, en determinats moments del curs de la malaltia en què per la gravetat de la mateixa presenti una *incompetència* generalment *transitòria*, s’haurà de *comunicar a tercers, sense* deixar d’informar el propi pacient i escoltar la seva opinió. En les persones amb *incapacitat permanent*, els professionals, estan obligats a donar-li la *informació* i a escoltar també l’opinió del pacient sobre la mateixa.

En el tractament al menor, la confidencialitat entra en qüestió, ja que la Llei del Menor de 1996 fa un reconeixement ple de la titularitat de drets en els

menors d'edat i d'una capacitat progressiva per exercir-los, alhora que es requereix que les decisions sobre el menor siguin preses pels que n'exerceixen la pàtria potestat. En el cas que el menor tingui la capacitat per "consentir", s'haurà de respectar com a norma general la confidencialitat. La norma, regla o disposició del menor madur, entén com a tal al major de 14 anys, amb maduresa, intel·ligència i discerniment per comprendre la naturalesa de la malaltia i les conseqüències de realitzar o no realitzar el tractament proposat. En el tractament al menor, cal *informar-lo del marc legal* tant al menor "madur" com a la família, perquè tots coneguin els *límits de la confidencialitat*, pactar la informació que s'ha de compartir, escoltar-se i respectar la decisió del menor.

L'atenció comunitària en salut mental suposa, en moltes ocasions, la intervenció i coneixement del cas no solament per part del terapeuta referent del mateix, sinó també de la resta de membres de l'equip, bé perquè participin directament en el tractament o perquè sigui necessària la seva col·laboració per fer-ho possible.

Des d'aquesta atenció comunitària, és freqüent trobar-se també amb intervencions en xarxa amb altres equips, tant sanitaris (atenció primària, atenció psiquiàtrica), com psicosocials (serveis de rehabilitació i serveis socials), en els menors (equips d'atenció a la infantesa, escola), amb qui cal compartir informació sense danyar aquesta confidencialitat tan necessària. En les intervencions tant interdisciplinàries com en el treball en xarxa haurem de revelar la *mínima informació necessària i pertinent* per al millor abordatge

integral del cas i delimitar les informacions sensibles compartides, assegurant que la privacitat està garantida també en els mitjans de suport de transmissió (e-mail, fax).

A nivell de relacions amb la justícia, un aspecte no assistencial de la pràctica professional, la sol·licitud d'informes, testimonis, peritatges poden portar a revelar uns fets que han estat coneguts en la relació terapèutica, per la qual cosa el deure de la confidencialitat pot entrar en conflicte ètic. En la relació de l'atenció psiquiàtrica amb la justícia (sobre petició de la història clínica del pacient, testificar davant del jutge, emetre informes, etc.) sempre s'ha *d'informar d'allò estrictament necessari*, mantenint la confidencialitat de les dades que no són rellevants, *informant sempre al pacient* que és una obligació per mandat constitucional.

L'incompliment del deure de secret/confidencialitat només pot estar justificat per: a) estat de necessitat, b) compliment d'un deure, inclòs l'imperatiu legal. La Llei Orgànica 10/1995, en el seu article 199.2, diu que vulnerar la confidencialitat no solament és un delictes tipificat en el Codi Penal, sinó que pot suposar la pèrdua de confiança per part del pacient i la interrupció del tractament.

*Hem de tenir sempre present que el propietari de la informació és el pacient, per la dignitat que li correspon com ésser humà i pels drets que d'això se'n deriven.*

## **La història clínica i la protecció de dades/confidencialitat**

En el transcurs de la relació terapèutica, el pacient diposita informació en el terapeuta, on s'expressen símptomes, signes i informació de caràcter privat de la vida del pacient. Aquestes dades, en conjunt, construeixen la història clínica a partir de la qual s'elabora l'orientació diagnòstica i el tractament. La història clínica és l'eina de treball fonamental a l'atenció a la salut.

La propietat de la història clínica, el dret d'accés del pacient, la informatització de les dades, la custòdia de la història clínica i els registres "paral·lels" són els problemes a debat a la pràctica assistencial.

La història clínica tant convencional com informatitzada ha de tenir les mateixes característiques: registrar les dades clíniques raonades i actualitzades, diferenciar entre informació objectiva i la valoració subjectiva, ser completa i estar actualitzada. Cada professional que intervé en el procés ha d'identificar-se, especificar la fiabilitat així com la font de la informació i no utilitzar terminologia pejorativa. Tanmateix, s'ha de garantir la seva conservació i evitar-ne l'accés a persones no autoritzades.

## **LEGISLACIÓ**

- **Llei Orgànica 5/1992 de 29 d'octubre, de regulació del tractament automatitzat de les dades de caràcter personal (LORTAD).** La llei protegeix la intimitat, estableix els mecanismes reguladors del registre de les dades, les pautes per garantir la veracitat de la informació i contempla el principi de

consentiment informat, essent l'Administració la responsable de la inspecció del funcionament, així com la sancionadora de les irregularitats.

• **Llei Orgànica 15/1999 de protecció de dades de caràcter personal.** Té com a objecte garantir i protegir, pel que fa al tractament de les dades personals, les llibertats públiques i els drets fonamentals de les persones físiques i especialment el seu honor i intimitat personal i familiar. L'article 6 de l'esmentada llei fa referència al consentiment de l'afectat; l'article 7 fa referència a les dades especialment protegides: "Només podran ser tractades les dades que resultin necessàries per a diagnòstics mèdics, tractaments mèdics sempre que es realitzin per un professional sanitari subjecte al secret professional". L'article 11 recull el consentiment: "Les dades només podran ser comunicades a un tercer amb el previ consentiment de l'interessat". L'accés a les dades clíniques del propi interessat és recollit en l'article 15. L'article 17 explica que "els centres sanitaris tenen l'obligació de conservar la documentació clínica en condicions que garanteixin el seu correcte manteniment i seguretat".

• **Llei de la Comunitat Autònoma de Catalunya 21/2000, drets d'informació concernent a la salut i a l'autonomia del pacient i a la documentació clínica.** Article 5: "Els centres sanitaris han d'adoptar les mesures oportunes per a garantir aquest dret". En l'article 11 recull l'accés a la història clínica..."amb finalitats judicials, epidemiològiques, de salut pública, d'investigació o docència, obliga a preservar les dades d'identificació personal del pacient separades de les de caràcter clínic assistencial..."D'aquesta manera queda garantit l'anonimat quan siguin requerides.

• **Llei Bàsica reguladora de l'autonomia del pacient 41/2002.** Article 7: “Tota persona té dret que ningú que no estigui autoritzat, no pugui accedir a les dades referents a la seva salut. Els centres sanitaris han d'adoptar les mesures oportunes per garantir aquest dret i els procediments protocol·litzats que garanteixin l'accés legal a les dades dels pacients”.

Els conflictes poden produir-se en l'elaboració i registre de les dades en la història clínica, en l'emmagatzemament i la informatització de les dades i en l'accés a la història clínica, els sistemes de seguretat, els límits d'accés als continguts, sobretot als considerats sensibles, que són tots aquells concernents a la salut de les persones.

Els principis ètics i jurídics de protecció i confidencialitat de les dades són iguals en la història informatitzada que en la història en suport paper. La informatització de les històries clíniques facilita la integració de les dades i permet una continuïtat entre els diferents nivells assistencials. Els aspectes de seguretat depenen d'un sistema de protecció de l'arxiu de l'historial clínic i/o del programa informàtic, amb garanties de custòdia de la informació i protecció de la mateixa, així com el llistat de les persones autoritzades a consultar les diferents dades (administratives, mèdiques, socials o terapèutiques) d'acord amb les funcions en l'equip.

Les anotacions han de tenir data i identificació del professional que accedeix a la mateixa, i el sistema ha d'impedir que les dades puguin ser modificades.



El pacient té dret a estar informat de quines persones tenen accés a la seva història clínica, així com de la utilització de les dades recollides en ella, ja que com assenyalàvem en parlar de la confidencialitat, *el propietari de la informació, i a qui s'ha de transmetre, és el pacient.*



# 4)

## *Les voluntats anticipades en salut mental*

---

Les voluntats anticipades són aquelles manifestacions que fa un/a ciutadà/na, en relació a allò que desitja que es faci i que no es faci respecte a la seva salut i intervencions sanitàries, en cas que, quan es valorés una necessitat d'intervenció, ell o ella no estigués en condicions de fer-ho per ell/a mateix/a.

La inclusió de la regulació sobre la possibilitat d'elaborar documents de voluntats anticipades va ser una de les novetats més destacades de la Llei 21/2000 de 29 de desembre sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica, i representa un pas endavant per reforçar al màxim la capacitat de decidir dels pacients i consegüentment respectar la seva autonomia. S'ha d'entendre com un element coadjuvant en la presa de decisions, a fi de conèixer amb més exactitud la voluntat del pacient.

La regulació de les voluntats anticipades té com a punt de partida l'article 9 del **Conveni sobre els DD.HH. i la Biomedicina del Consell d'Europa (Conveni d'Oviedo)**, en què s'estableix que "seran atesos els desitjos expressats anteriorment respecte a una intervenció mèdica per un pacient que, en el moment de la intervenció, no es trobi en situació d'expressar la seva voluntat".

La **Llei 21/2000** regula aquestes voluntats, i a l'article 8 diu específicament:

- El document de voluntats anticipades és el document, adreçat al metge responsable, en què una persona major d'edat, amb capacitat suficient i de manera lliure, expressa les instruccions a tenir en compte quan es trobi en una situació en què les circumstàncies que concorrin no li permetin d'expressar personalment la seva voluntat. En aquest document, la persona pot també designar un representant, que farà d'interlocutor vàlid i necessari amb el metge o l'equip sanitari, perquè la substitueixi en el cas que no pugui expressar la seva voluntat per ella mateixa.
- Hi ha d'haver constància fefaent que aquest document ha estat atorgat en les condicions esmentades en l'apartat 1. A aquest efecte, la declaració de voluntats anticipades s'ha de formalitzar mitjançant un dels procediments següents:

Davant de notari. En aquest supòsit, no cal la presència de testimonis.

Davant de tres testimonis majors d'edat i amb plena capacitat d'obrar, dels quals dos, com a mínim, no han de tenir relació de parentiu fins al segon grau, ni estar vinculats per relació patrimonial amb l'atorgant.

- No es poden tenir en compte voluntats anticipades que incorporin previsions contràries a l'ordenament jurídic o a la bona pràctica clínica, o que no es corresponguin exactament amb el supòsit de fet que el subjecte ha previst a l'hora d'emetre-les. En aquests casos, s'ha de fer l'anotació raonada i pertinent a la història clínica del pacient.

- Si hi ha voluntats anticipades, la persona que les ha atorgades, els seus familiars o el seu representant, ha de lliurar el document que les conté al centre sanitari en què la persona és atesa. Aquest document de voluntats anticipades s'ha d'incorporar a la història clínica del pacient.

### **Consideracions a tenir en compte**

És important que un metge o un altre professional sanitari de confiança conegui l'existència del document i que el pacient demani tant d'ajut i consell com cregui necessaris per a l'elaboració del mateix. En principi, la persona que fa un document de voluntats anticipades és qui ha de portar-lo al metge responsable. En cas d'incapacitat de fet del malalt, també el pot lliurar la seva família o la persona que hagi escollit com a representant. També es pot portar al centre sanitari on s'atén el pacient perquè s'inscrigui en la seva història clínica.

La inscripció en la targeta sanitària (pública o de mútues privades) informatzada de l'existència de voluntats anticipades pot ésser una manera fàcil d'aconseguir que siguin conegudes i acomplertes, sigui quina sigui la forma en què la persona arribi al servei assistencial.

Aquest document pot ser modificat, ampliat o anul·lat en qualsevol moment per voluntat de l'atorgant, per tal d'adequar-lo a situacions més ben conegudes actualment. Tampoc no cal esperar a patir una malaltia greu per tal de signar un testament vital. D'aquesta manera, qualsevol persona major d'edat pot expressar la seva voluntat en cas de patir una malaltia greu o incapacitant.

## **El document de voluntats anticipades en salut mental**

A la pràctica legislativa, el document de voluntats anticipades s'està relacionant sempre amb les darreres voluntats d'abans de morir, en el cas de patir malalties terminals. El document que es facilita des del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya contempla únicament aquests supòsits de malaltia terminal o de demència greu<sup>2</sup> i a més se l'anomena també "testament vital", nomenclatura que l'aproxima a aquesta visió més relacionada amb el fet de morir. Tanmateix, la definició relaciona aquestes voluntats per als casos en què una persona necessiti d'una intervenció terapèutica i no estigui en condicions de donar-ne el consentiment. Aquest podria ser el cas d'una persona que estigués en una fase aguda d'un patiment psíquic i no li fos possible (o no se'l considerés competent en aquell moment) decidir, per exemple, que no vol un determinat tractament (com ara l'electroxoc). Cal, així doncs, donar una interpretació extensiva a aquestes disposicions, ja que, en realitat, el que ha succeït és que s'ha donat una interpretació restrictiva a allò que es pretén regular en tots els textos legals originaris que en cap moment es refereixen a les voluntats anticipades relacionades exclusivament als malalts terminals. És en aquest sentit que apostem per una utilització d'aquest document a fi i efecte que les persones puguin establir que no se'ls apliquin uns determinats tractaments en cas que els esdevingués alguna malaltia mental. Així mateix, cal que s'ampliï el redactat dels documents que es faciliten des de les administracions sanitàries reconeixent la possibilitat que se subscrigui en els casos de "no estar capacitats per decidir per ell mateix", sense necessitat que això comporti que hagi de morir o que pateixi

---

<sup>2</sup>Es troba a: <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/moddvaonline.pdf>

una demència greu. Els darrers documents que es faciliten donen almenys la possibilitat d'emplenar espais en blanc, però seria més clarificador que es contemplessin específicament les situacions clíniques relacionades amb problemes de salut mental. És important, a més, que el fet que la persona hagi subscrit aquest document consti en la seva targeta sanitària, ja que així es farà visible l'instant en què sigui atesa per qualsevol servei sanitari.



# 5)

## *La incapacitació*

---

La plena capacitat d'obrar d'una persona, és a dir, fer el que li sembli més convenient sobre la seva vida, s'adquireix amb la majoria d'edat. Segons la nostra legislació es presumeix sempre la capacitat, com una forma inherent a la mateixa; per tant, mentre no hagi una sentència ferma en un procediment d'incapacitació amb totes les garanties, la persona serà sempre capaç i podrà exercir directament els seus drets. En certes circumstàncies que concorrin en les persones, caldrà incapacitar-les per tal de donar-los protecció, ja que existeix en elles una deficiència o absència de capacitat o coneixement per tal de poder autogovernar-se correctament. Les causes de la incapacitació, doncs, seran aquelles malalties o deficiències físiques o psíquiques persistents que impedeixin a la persona tenir una bona cura d'ella mateixa.

La incapacitació apareix regulada, en quant al fons, en els articles 199 a 201 del Codi Civil, i en quant al procediment a seguir per la seva declaració, en els articles 748 al 768 de la Llei d'Enjudiciament Civil.

Els requisits per tal que una persona sigui declarada incapaç són:

**1. Una *malaltia o deficiència de caràcter físic o psíquic*.** Segons la nostra jurisprudència, són aquells estats en què hi ha un impediment físic o mental, permanent o progressiu, que minva la personalitat, la deteriora i amorteix, amb efectes a la capacitat volitiva i de decisió, incidint en la seva



conducta en manifestar-se com inhabilitant per a l'exercici dels drets civils. Les deficiències poden tenir un origen genètic, ser inherents a la personalitat, a l'edat o a circumstàncies de la vida del subjecte, o bé venir donades per un accident. Però no totes les malalties o deficiències són causes d'incapacitació. Algunes actuen només com limitacions concretes, com per exemple, avui en dia la ceguesa o una paràlisi. Des del punt de vista jurídic, només repercuteixen en aquells actes jurídics on tingui incidència la deficiència a l'hora de manifestar la seva voluntat.

**2. Persistència.** La malaltia ha de ser duradora, és a dir, perllongada en el temps, sense que es pugui preveure el moment en què s'acabaran els caràcters patològics del trastorn. S'hauran de tenir en compte les possibilitats de remissió terapèutiques que pugui oferir tota malaltia, i tanmateix tenir en compte que allò que ha de persistir ha de ser la malaltia i no els seus símptomes (malalties cícliques).

La persistència ha de quedar acreditada en el procés, mitjançant la prova pericial i pel reconeixement judicial; i així reconèixer-ho el jutge.

**3. Incidència que la malaltia o deficiència física tingui en l'autogovern de la persona.** L'impediment de governar-se és allò que ha de valorar el jutge. La incapacitació se centra en la protecció de l'individu en què la impossibilitat de l'autogovern i la falta de capacitat natural sempre que sigui duradora. L'autogovern compren tant l'aspecte personal com el patrimonial. Aquesta impossibilitat ve referida a aquella situació en què la persona, deixada a les seves pròpies forces o impulsos, pot portar a terme una activitat inconve-

nient o perjudicial per a ella mateixa. Per això s'hauran de tenir en consideració les circumstàncies de l'individu. Són diferents les capacitats comercials exigibles a un empresari que a un pensionista, que les d'un sord mut que pot tenir plena consciència d'allò que vol per a la seva vida, que les d'un deficient profund. El calibrar la mesura de la incidència de la malaltia sobre la vida de la persona és, potser, el paper més difícil del jutge en el procediment.

Qui està *legítimat* per interposar la demanda?

L'article 757 de la LEC estableix el cònjuge, els ascendents o els descendents del presumpte incapaç i el Ministeri Fiscal en tot cas, o bé, quan no existeixin els parents anomenats, qualsevol persona pot posar en el seu coneixement fets que puguin determinar una incapacitat. Els funcionaris tindran l'obligació de posar en coneixement de les autoritats la possible existència d'una persona en situació d'incapacitat.

La competència dels tribunals espanyols per a la protecció de persones incapaces ho serà per tots aquells que tinguin residència habitual a Espanya.

El procediment conclourà amb la sentència on s'haurà de donar el reconeixement o no de la incapacitat del demandat. En el cas que així s'estableixi, s'haurà de fer constar si és total, parcial o una simple curatela. En el cas de la incapacitat parcial, s'han d'especificar quins actes han d'ésser tutelats, tan personals (lloc de residència, tractament mèdic, etc.) com patrimonials (administració, compra i venda de béns, etc.). A l'actualitat, en la decisió de la sentència, procedeix pronunciar-se sobre el tutor, sempre que en la

demanda o en la contestació s'hagi fet proposta de persona concreta i s'haurà de tramitar l'acceptació del càrrec o la designació, en cas que no hi hagi hagut propostes en l'expedient de jurisdicció voluntària, un cop sigui ferma la sentència. Diferent serà en els casos en què es procedeixi a la rehabilitació de la potestat dels pares, que sí que s'estableix en sentència i s'haurà de demanar també en la demanda.

Abans de la data de la sentència es presumeix sempre la capacitat.

Els criteris d'aplicació d'incapacitat seran sempre restrictius. És a dir, un cop protegida la persona es tractaran de rescatar el màxim d'àrees que pugui desenvolupar, d'acord amb el principi 1.5 de protecció als malalts mentals de 17-12 de l'any 1991 de Nacions Unides.

Els recursos contra aquestes sentències seran els d'apel·lació i cassació.

**Mesures cautelars.** Els articles 762 i 763 de la LEC estableixen la possibilitat d'articular-se en qualsevol moment del procediment (inclòs previ a la presentació de la demanda) i en especial en la demanda i en la contestació. Aquestes mesures tracten de regular una situació de fet amb una situació de dret. Tenen caràcter provisional mentre duri el procediment i van des de l'internament del presumpte l'incapaç, fins a anotacions de la demanda o intervenció de béns i nomenament d'administrador judicial.

La capacitat és recuperable, si sobrevenen noves circumstàncies, o bé la modificació del límit d'incapacitat està especialment previst a l'art. 761 de

la LEC. Serà necessari el tràmit d'un procediment idèntic al d'incapacitació instat, pel propi incapaç, el seu tutor, o bé el Ministeri Fiscal. Les proves que es portaran a terme seran les mateixes que obligatòriament s'han de practicar per a la incapacitació. En aquest sentit, i a la vista de les dades estadístiques del jutjat, es despren que les persones declarades incapaces no recuperen pràcticament mai la capacitat, i caldrà per part dels jutges tenir en consideració si, al marge del casos irreversibles, no col·loquem en situació d'irreversibilitat a determinades persones amb la sentència d'incapacitat.

- Un cop declarada la incapacitat de la persona, comença la seva tutela. La tutela, que és la figura jurídica instituïda per a la protecció dels incapaços, vindrà determinada pels límits de la pròpia sentència, tant respecte a la representació legal de l'incapaç, com a la seva cura, tant personal com patrimonial. Queden exclosos d'aquestes facultats aquells que taxativament requereixin, pel codi de família, d'autorització judicial. Totes les funcions tutelars es realitzaran, òbviament, en interès del tutelat, tenint en compte les seves necessitats i personalitat. La regla general és l'onerositat d'aquests càrrecs, podent, excepcionalment, ser retribuïts en funció de la complexitat del càrrec i del patrimoni de l'incapaç. Els càrrecs tutelars tenen l'obligació d'informar al jutge amb la periodicitat que s'assenyali de la situació personal i econòmica de l'incapaç.

Els **òrgans tutelars**, bàsicament, són la **tutela** i la **curatela**. Mentre que en el primer el tutor té la representació legal de l'incapaç, així com la cura i l'administració, en el segon, es redueix a l'assistència en l'àmbit patrimonial.

## **Recomanacions de la incapacitació respecte a la malaltia mental**

**No confondre internament amb incapacitat.** L'internament és una situació conjuntural d'una persona en un determinat període més o menys llarg, i la incapacitat és un estat civil que s'inscriu al Registre Civil per tal de causar els efectes pertinents, d'acord amb el previst a l'article 755 de la LEC.

**Obtenir informes del terapeuta del malalt sobre la pertinència de la incapacitació,** encara que legalment no sigui preceptiu, per tal de formar una millor convicció.

**Anar amb especial compte amb incapacitacions de menors d'edat.** Sense que es pugui generalitzar i depenent de les patologies, no procedirà decretar incapacitacions a menors d'edat, ja que el seu desenvolupament i aprenentatge pot fer variar les circumstàncies que en un moment donat puguin aconsellar la seva incapacitat.

Per incapacitar a una persona no tant sols és necessària la concurrència d'una causa d'incapacitació, sinó un motiu èticament correcte i **que l'adopció d'aquesta mesura suposi realment una millora en la protecció de la persona.** No són admissibles les peticions dirigides a la consecució de recursos administratius.

## LEGISLACIÓ

- **Article 200 del Codi Civil.** Són causes d'incapacitació les malalties o deficiències persistents de caràcter físic o psíquic que impedeixin a la persona governar-se per ella mateixa.

- **Article 757 de la LEC.** 1: La declaració d'incapacitat la pot promoure el presumpte incapaç, el cònjuge o qui estigui en una situació de fet assimilable, els descendents, els ascendents o els germans del presumpte incapaç. 2: El Ministeri Fiscal ha de promoure la incapacitació si les persones esmentades en l'apartat anterior no existeixen o no ho han sol·licitat. 3: Qualsevol persona està facultada per posar en coneixement del Ministeri Fiscal els fets que puguin ser determinants de la incapacitació. Les autoritats i els funcionaris públics que, per raó dels càrrecs, coneixien una possible causa d'incapacitació en una persona, ho han de posar en coneixement del Ministeri Fiscal.

- **Article 207 Codi de Família.** El tutor o tutora ha de tenir cura del tutelat o tutelada i li ha de procurar aliments, si els recursos del patrimoni d'aquest no són suficients, i també donar-li una educació integral i, si s'escau, fer tot el que calgui per a la recuperació de la seva capacitat i la seva millor reinserció en la societat.



# 6)

## *L'ingrés involuntari*

---

En l'àmbit de l'assistència psiquiàtrica, s'entén per ingrés no voluntari el que està indicat per un metge sota el control previ o posterior d'un jutge, que es basa estrictament en la necessitat de salut d'un pacient que no té la competència mental necessària per prestar un consentiment responsable (Comitè de Bioètica de Catalunya).

Internament involuntari significa l'ingrés i arrest d'una persona que pateix un trastorn mental per rebre tractament en un hospital, un altre centre mèdic o lloc adequat, entenent-se que la persona en qüestió és capaç de consentir i no consent l'internament, o la persona en qüestió es incapaç de consentir i rebutja el tractament (Llibre Blanc).

### **LEGISLACIÓ**

- **Declaració Universal dels Drets Humans.** Article 3: "Tot individu té dret a la vida, a la llibertat i a la seguretat".
- **Constitució Espanyola del 1978.** Recull com a drets fonamentals: el dret a la vida, el dret a la llibertat i el dret a la seguretat.
- **Conveni Europeu per a la Protecció dels Drets Humans i de les Llibertats Fonamentals de 4 de novembre de 1950.** Article 5: dret a la llibertat i a la seguretat.



• **Llei 9/1998, de 15 de juliol, del Codi de Família.** Article 255: autorització judicial i comunicació de l'internament.

1. L'internament d'una persona per raó de trastorn psíquic, qualsevol que en sigui l'edat, en una institució adequada i tancada, requereix autorització judicial prèvia si la seva situació no li permet decidir per sí mateixa. No es requereix aquesta autorització si per raons d'urgència mèdica cal l'adopció d'aquesta mesura, però en aquest cas, el director o directora del centre on s'efectuï l'internament ha de donar compte del fet al jutge o jutgessa del partit judicial a què pertany el centre, en el termini màxim de vint-i-quatre hores. La mateixa obligació es produeix quan la persona, voluntàriament internada, es troba en una situació en què no pot decidir lliurement per si mateixa la continuació de l'internament.

2. Un cop s'ha efectuat la sol·licitud de l'internament o s'ha comunicat l'internament, el jutge o jutgessa, després de fer l'exploració personal i escoltar el dictamen del facultatiu o facultativa que designi l'informe del ministeri fiscal, ha d'acordar motivadament l'autorització o la denegació de l'internament o de la continuació d'aquest. El jutge o jutgessa, cada dos mesos, ha de revisar la situació de la persona internada.

3. En el cas que es pretenguin aplicar tractaments mèdics que puguin posar en perill la vida o la integritat física o psíquica de la persona afectada, és aplicable el que estableix l'article 219 per a aquests tractaments, i les funcions atribuïdes per l'article 219 al tutor o tutora, en aquest supòsit, són exercides pels familiars de la persona internada o, si no n'hi ha, pel jutge o jutgessa.

• **Llei 1/2000, de 7 de gener, d'Enjudiciament Civil, article 763**

Article 763: Internament no voluntari per raó de trastorn psíquic

1. L'internament per raó de trastorn psíquic d'una persona que no estigui en condicions de decidir-ho per ella mateixa, encara que estigui sotmesa a la pàtria potestat o a tutela, requerirà d'autorització judicial, que serà obtinguda del tribunal del lloc on resideixi la persona afectada per l'internament.

L'autorització serà prèvia a l'internament, a excepció que raons d'urgència fessin necessària la immediata adopció de la mesura. En aquest cas, el responsable del centre en què s'hagués produït l'internament n'haurà de donar compte al tribunal competent el més aviat possible i, en tot cas, dins del termini de vint-i-quatre hores, als efectes que es procedeixi a la preceptiva ratificació de dita mesura, que s'haurà d'efectuar en el termini màxim de setanta-dues hores des que l'internament arribi a coneixement del tribunal.

En els casos d'internaments urgents, la competència per a la ratificació de la mesura correspondrà al tribunal del lloc en què radiqui el centre on s'hagi produït l'internament. El tribunal esmentat haurà d'actuar, en el seu cas, conforme a allò que es disposa en l'apartat 3 de l'article 757 de la present Llei.

2. L'internament de menors es realitzarà sempre en un establiment de salut mental adequat a la seva edat, previ informe dels serveis d'assistència al menor.

3. Abans de concedir l'autorització o de ratificar l'internament que ja s'ha efectuat, el tribunal escoltarà a la persona afectada per la decisió, al Ministeri Fiscal i a qualsevol altra persona, la compareixença de la qual estimi convenient o li sigui sol·licitada per l'afectat per la mesura. A més, i sense perjudici que es pugui practicar qualsevol altra prova que s'estimi rellevant per al cas, el tribunal haurà d'examinar per si mateix a la persona de qui es tracti l'internament i escoltar el dictamen d'un facultatiu designat per ell. En totes les actuacions, la persona afectada per la mesura de l'internament podrà disposar de representació i defensa en els termes assenyalats en l'article 758 de la present Llei.

En tot cas, la decisió que el tribunal adopt en relació amb l'internament serà susceptible de recurs d'apel·lació.

4. En la mateixa resolució que acordi l'internament, s'expressarà l'obligació dels facultatius que atenguin a la persona internada d'informar periòdicament al tribunal sobre la necessitat de mantenir la mesura, sense perjudici dels altres informes que el tribunal pugui requerir quan ho cregui pertinent.

Els informes periòdics seran emesos cada sis mesos, a menys que el tribunal, atesa la naturalesa del trastorn que va motivar l'internament, assenyali un plaç inferior.

Rebut els esmentats informes, el tribunal, prèvia la pràctica, en el seu cas, de les actuacions que estimi imprescindibles, acordarà allò procedent sobre la continuació o no de l'internament.

Sense perjudici d'allò disposat en els paràgrafs anteriors, quan els facultatius que atenguin a la persona internada considerin que és necessari mantenir l'internament, donaran l'alta al malalt, i ho comunicaran immediatament al tribunal competent.

• **Resolució 46/119, de 17 de desembre de 1991, de les Nacions Unides (principis per a la protecció dels malalts mentals i el millorament de l'atenció de la salut mental).** Estableix en el seu principi 15 que “quan una persona necessiti tractament en una institució psiquiàtrica, es farà tot el possible per evitar un ingrés involuntari”.

**Deu principis bàsics de la legislació en l'atenció en salut mental (1996) (resolucions de la OMS sobre drets humans i salut mental):**

1. Promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns mentals.
2. Accés a l'atenció bàsica en salut mental.
3. Avaluació de salut mental de conformitat amb els principis acceptats internacionalment.
4. Preferència pel tipus menys restrictiu d'atenció en salut mental.
5. Autodeterminació.
6. Dret a ser assistit en l'exercici de l'autodeterminació.
7. Existència de procediments de revisió.
8. Mecanismes de revisió periòdica automàtics.

9. Qualificació del personal que pren decisions.

10. Respecte dels drets i de la legalitat.

Un ingrés en contra de la voluntat del pacient que vulnera el seu dret a la llibertat es justifica perquè s'està protegint el dret a la salut i possiblement el dret a la vida i a la seguretat.

Quan una persona presenta un problema de salut mental o està patint una situació de crisi en què sigui necessari anar a un dispositiu de salut, pot succeir que aquesta no percebi la necessitat d'acudir-hi ni d'ingressar. En aquest cas es plantegen seriosos riscos que siguin vulnerats els seus drets si s'actua contra la seva voluntat.

Una bona relació entre el pacient i els professionals que intervenen ha de facilitar que l'ingrés es faci amb el consentiment i un pacte terapèutic voluntari. En qualsevol cas, s'ha d'actuar sempre vetllant per la dignitat i el respecte de la persona.

L'ingrés involuntari sempre es realitza perseguint un objectiu exclusivament terapèutic i fonamentat en el benefici de la persona, quan no hi ha alternatives menys restrictives.

L'alta del pacient ingressat de forma involuntària sempre és mèdica, tot i que s'ha d'informar al jutge o jutgessa.

“El respecte del psiquiatra i de tot el personal a l’acte de consentiment prèviament formalitzat amb el pacient, ha de ser una prioritat per a tothom i una garantia per a tots els malalts. El possible canvi a la modalitat d’ingrés no voluntari només s’ha de fer si la condició actual del pacient ha canviat de manera clínicament evident respecte a la que tenia en el moment de la formalització del consentiment” (Comitè de Bioètica de Catalunya).

Els pacients que ingressen de forma involuntària, de vegades, no volen acceptar el tractament farmacològic. Una bona relació terapèutica de tots els professionals implicats ha de poder contenir les ansietats que la presa de la medicació els pot generar. El fet que els pacients percebin que són escoltats i el saber a qui dirigir-se davant de qualsevol malestar facilita que prenguin la medicació sense problemes i pocs s’hi acaben oposant. En tot cas, hem de vetllar perquè davant d’aquestes circumstàncies no es vulnerin els seus drets.

Hi ha grups d’usuaris (Mind Freedom Support Coalition International) que s’oposen vehementment a la idea del tractament involuntari, incloent-hi l’administració involuntària de medicació psicotròpica, sota qualsevol circumstància.

En aquestes situacions, tal i com recomana el **Llibre Blanc del Consell d’Europa**:

“En tots els casos, un tractament ha de ser administrat per aconseguir un benefici per al pacient. El tractament ha de ser aplicat com a resposta a una simptomatologia clínica reconeguda, tenir una finalitat terapèutica i que,

veritablement, suposi un benefici clínic evident i no tant sols un efecte sobre la situació administrativa, judicial, familiar, o qualsevol altre del pacient”.

“Quan una persona és ingressada de forma involuntària, la seva capacitat per consentir haurà de ser verificada per cada tipus i curs del tractament que es prevegi”.

“Si el pacient ha estat ingressat de forma involuntària, la presumpció de la competència de decidir sobre el seu tractament preval, a menys que la incapacitat per decidir sobre el seu propi tractament sigui un dels criteris legals que obliguen a l'internament”.

“S’ha de redactar un pla escrit del tractament involuntari i a ser possible d’acord amb el pacient, el seu representant o, quan no hi hagi representant, ha d’estar sotmès a una autoritat independent perquè prengui la decisió”.

Tenint present tot això, considerem que un ingrés involuntari no té per què comportar un tractament involuntari. Ben al contrari, els professionals han d’estar convençuts de la importància que el pacient participi en l’elecció del seu tractament, entre totes les possibilitats que se li ofereixen, i que ha de comptar sempre amb el consentiment informat del pacient.

**Principis per a la protecció dels malalts mentals i la millora de l'atenció en salut mental. Resolució 46/119, de l'Assemblea General de les Nacions Unides de 17 de desembre de 1991.**

**Principi 11. Consentiment per al tractament.**

Punt 1: "No s'administrarà cap tractament a un pacient sense el seu consentiment informat, excepte en els casos previstos als punts 6, 7, 8, 13 i 15 del present principi".

Punt 6: "És permès aplicar un pla de tractament sense el consentiment informat del pacient, davant la concurrència de les següents circumstàncies:

- a) "Que el pacient, en l'època de què es tracti, sigui un pacient involuntari".
- b) "Que una autoritat independent que disposi de tota la informació pertinent, inclosa la informació específica del punt 2 del present principi, comprovi que el pacient estigui incapacitat".
- c) "Que una autoritat independent comprovi que el pla de tractament proposat és el més indicat per atendre les necessitats de salut del pacient".
- d) "Quan el pacient tingui un representant personal facultat per la llei per donar el consentiment respecte al tractament, en nom del pacient".

Els tractaments mèdics que necessiten obligatòriament el consentiment informat són aquells que poden posar en perill la vida, la integritat física o psíquica de la persona afectada. Són els següents:

- a. Tractament amb Clozapina.



- b. TEC (Teràpia electro-convulsiva).
- c. Psicocirurgia.
- d. Implants hormonal.

El grup de treball del Llibre Blanc va determinar que en cada Estat Membre, la legislació hauria d'establir protocols especials per a la seva aplicació. A Catalunya està regulada per l'article 219 del Codi de Família.

### **Article 219. Autorització prèvia.**

1. La persona titular de la tutela necessita autorització judicial per:
  - a) Internar la persona incapacitada en un establiment adequat.
  - b) Aplicar a la persona incapacitada tractaments mèdics que, fonamentalment, puguin posar en greu perill la seva vida o la seva integritat física o psíquica.
2. Les mesures indicades per l'apartat 1 poden ésser preses sense autorització prèvia, si el fet d'obtenir-les pot comportar un retard que impliqui un greu risc per a la persona tutelada, per a altres persones o per als béns. En aquest cas, s'ha de comunicar al jutjat que correspongui i al consell de tutela, si n'hi ha, la decisió adoptada, en el termini de vint-i-quatre hores, com a màxim.

### **El trasllat del pacient**

El sistema sanitari és el responsable de posar en marxa els recursos necessaris per dur a terme el trasllat i l'ingrés del pacient en casos d'urgències.

Per això va ser elaborat per professionals de l'àmbit de la Justícia, la Salut i Interior el **"protocol d'actuació per a l'atenció a les urgències, el trasllat i els ingressos involuntaris urgents de persones amb malaltia mental (deseembre, 2001)"**, alguns dels continguts del qual s'expressen a continuació:

"S'entén per urgència psiquiàtrica tributària d'ingrés aquell problema de salut o situació de crisi que, a causa del malestar i/o pertorbació en el pensament, requereix d'una atenció immediata pel potencial risc intrínsec, ja sigui des d'un punt de vista objectiu o la vivència de necessitat d'atenció immediata per part de l'usuari i/o de la família".

"La urgència psiquiàtrica ha de ser atesa amb els recursos de què disposa el sistema sanitari per a l'atenció urgent, en les mateixes condicions que qualsevol altra urgència mèdica".

Davant d'un trasllat psiquiàtric urgent en situació d'involuntarietat, l'equip sanitari haurà de recórrer als cossos de seguretat en aquelles situacions en què el malalt presenti agitació i/o resistència activa a ser atès o traslladat a un centre sanitari.

Per tant, l'auxili dels cossos de seguretat serà únicament requerit quan la situació del cas ultrapassi les possibilitats d'intervenció de l'equip sanitari per efectuar el trasllat amb els mitjans habituals. Quan la valoració de l'equip sanitari sigui la de procedir a efectuar un trasllat involuntari a l'hospital de referència, l'actuació serà dirigida per l'equip esmentat.

La intervenció dels cossos de seguretat es fonamenta en la Llei Orgànica de les Forces i Cossos de Seguretat (articles 11.1 i 53.1), la Llei 16/1991 de les Polícies Locals (article 11), i la Llei de la Policia de la Generalitat (article 12.1 primer A, article 12.4).

Els membres dels cossos de seguretat intervenen en les urgències psiquiàtriques en dos supòsits:

- en l'auxili del servei sanitari especialitzat que assisteix al malalt psiquiàtric, o dels serveis socials, per a prevenir incidents que impliquin risc pel personal sanitari;
- quan l'estat del malalt psiquiàtric esdevé un conflicte d'alteració de l'ordre públic, en què, a més, també pot concórrer una amenaça evident i concreta per a les persones o els béns.

En el cas dels ingressos involuntaris, els membres dels cossos de seguretat podran intervenir, també, a requeriment de l'autoritat judicial, als efectes d'auxiliar al servei sanitari o al servei social corresponent.



# 7)

## *L'ingrés i el tractament dels menors*

---

Segons la llei orgànica de protecció jurídica del menor, per a un ingrés hospitalari de caràcter psiquiàtric no és suficient l'autorització del pare o de la mare o d'aquell qui en tingui la pàtria potestat; també caldrà l'autorització judicial i un informe dels serveis d'assistència del menor. Aquesta autorització ha de ser prèvia a l'internament, tret que per raons d'urgència sigui necessari prendre les mesures de forma immediata, de la qual cosa s'ha d'informar el jutge en un termini de 24 hores (Comitè de Bioètica de Catalunya).

### **LEGISLACIÓ**

#### **Llei Orgànica de protecció jurídica del menor:**

Llei Orgànica 1/1996, del 15 de gener.

El grup de treball del Llibre Blanc va establir que les mesures de protecció per als menors hauran de ser més rigoroses que les dels adults, i que les precaucions i condicions relacionades amb el tractament i l'internament involuntaris en adults també hauran de ser aplicades als menors d'edat, almenys en la mateixa extensió.

Els menors poden no ser capaços de defensar els seus propis interessos, motiu pel qual en tots els casos s'haurà de comptar amb l'assistència d'un representant des del principi del procediment. Aquest representant no

necessàriament serà un advocat, sinó per exemple un membre de la família sempre que no hi hagi un conflicte d'interessos amb el menor o un assistent social.

Segons la Convenció sobre Drets del Nen (ONU,1989), en què es fa referència al consentiment de menors per rebre un tractament, l'opinió del menor es tindrà en compte com a factor determinant, tenint present el seu grau de maduresa.

S'han de tenir molt en compte les condicions de vida dels menors que estan ingressats involuntàriament. Es considera que hauran de ser tractats en ambients separats del adults, i també s'està preparant un nou instrument legal que especificarà que un menor que pateixi un trastorn mental i sigui ingressat de forma involuntària en un establiment psiquiàtric tindrà dret a una educació pública. Actualment, la reintegració d'un menor al sistema escolar s'ha de fer tant aviat com el seu estat psicològic ho permeti.



# 8)

## *Mesures restrictives*

---

Definició: “En la praxi psiquiàtrica, entenem per mesures restrictives, una sèrie de procediments terapèutics que, de manera temporal, limiten l'autonomia i el dret a la llibertat” (Comitè de Bioètica de Catalunya).

### **LEGISLACIÓ**

Dins les recomanacions 1.235 de l'Assemblea Parlamentària del Consell d'Europa de 1994, n'hi ha una que es refereix a la prohibició d'usar la contenció o subjecció física en cap supòsit.

El Llibre Blanc del Consell d'Europa, que coneix i cita aquesta recomanació, ha decidit “que l'ús de períodes curts de subjecció física i aïllament ha de ser proporcional als beneficis i riscos que se'n derivin”. I afegeix que “el personal haurà de rebre un meticulós entrenament en tècniques de contenció física”; “únicament s'haurà de recórrer a l'aïllament i subjecció o a altres medis de contenció, en casos excepcionals, i quan no hagi un altre remei per solucionar la situació”. “Aquests tipus de mesures seran utilitzades únicament sota ordre expressa o sota la supervisió d'un metge o posat en el seu coneixement de forma immediata per la seva aprovació”. “Les justificacions de la duració d'aquesta mesura hauran de ser esmentades en un registre i en la història personal del pacient”.

En l'estudi que el nostre grup va fer (Drets Humans, Ètica i Salut Mental: Mesures restrictives), ja dèiem que:

- *La mesura restrictiva ha de ser excepcional i limitada en el temps, sempre dins del context terapèutic i contemplant el respecte dels principis ètics sobre la dignitat, integritat, vulnerabilitat i autonomia del pacient.*
- *És imprescindible tenir un protocol, entès com un marc de referència, consensuat i homologat en els seus aspectes bàsics. Aquest document ens indica com hem de procedir davant de situacions que requereixin de mesures restrictives.*
- *Una recomanació fonamental en relació a la normativa legal i als drets del pacient és que s'ha de tenir en compte que la contenció mecànica i l'aïllament com a mesures restrictives canvien el règim legal del pacient. Per tant, ha de ser considerada com una mesura involuntària que necessitarà, obligatòriament, d'una autorització judicial, prèvia informació al jutge des de l'inici.*

Tipus de mesures restrictives:

**Subjecció:** és l'ús de procediments físics o mecànics dirigits a limitar els moviments de part o de tot el cos d'un pacient.

**Aïllament:** és la reclusió d'un pacient tot sol en una habitació tancada, de la qual no se'l permetrà sortir durant un període limitat de temps.

**Permanència en una habitació d'observació:** (amb càmeres o sense), tant aviat com l'estat clínic del pacient ho permeti, se'l traslladarà a una habitació normal.

**Restriccions en la comunicació amb l'exterior de l'hospital o del centre:**

“Tot pacient ingressat té dret a comunicar-se o a rebre comunicació de l'exterior. El malalt haurà de respectar les normes habituals de la institució hospitalària. Les normes establertes han d'estar emmarcades dins un pla terapèutic, que tingui en compte l'estat clínic del pacient i les limitacions aconsellables per establir i mantenir relacions, sense crear o crear-se conflictes. En determinades circumstàncies, pot ser adequat limitar l'ús d'aquests drets, sobretot quan el seu exercici pot ser perjudicial per a si mateix o pot lesionar drets i llibertats d'altres persones” (Comitè de Bioètica de Catalunya).

Alguns exemples serien trucades telefòniques o cartes desagradables repetitives, sospita de tràfic de drogues, el cas d'un pacient amb trastorn bipolar que escriu i intenta enviar una carta de dimissió als seus caps, entre d'altres.

- Ús del telèfon: s'ha de procurar pactar un control amb el pacient i evitar-ne la prohibició.

- Recepció de visites: pràcticament mai no ens hem de veure obligats a imposar al malalt una visita en contra de la seva voluntat. Les visites es poden restringir, d'acord amb les normes institucionals i l'estat del malalt, si han d'alterar el pacient o poden tenir repercussions desfavorables per al tractament. Vetllarem perquè una mesura eventual de restricció provisional de visites no refermi possibles sentiments d'abandonament o comprometi la persistència de lligams socials quan són precaris (Comitè de Bioètica de Catalunya).



- Intervenció del correu en la recepció i en l'emissió: el grup de treball del Llibre Blanc ha manifestat que "el dret de les persones que pateixen trastorns mentals i que estan ingressades de forma involuntària en un centre psiquiàtric per mantenir correspondència amb qualsevol autoritat competent, el seu representant o el seu advocat, no pot ser restringit".

És molt important que hi hagi protocols escrits de cadascuna de les mesures restrictives. Aquests documents han d'estar sempre a disposició dels pacients, familiars i acompanyants (Comitè de Bioètica de Catalunya).

"És recomanable que els protocols incloguin la vivència i resposta emocional del pacient, durant i una vegada finalitzada l'aplicació de la mesura restrictiva" tal i com es recull en documents del Comitè d'Ètica Assistencial-FCCSM.

Així mateix, és recomanable realitzar estudis per avaluar les vivències traumàtiques com l'ansietat i l'angoixa detectades en estudis portats a terme en països europeus.



# 9)

**Abel, X.** "Algunes consideracions sobre el dret d'informació, el dret a la intimitat, el dret a l'autonomia i el consentiment informat". *Revista Jurídica de Catalunya*, 2002 volum 4. p.123-144.

**Beauchamp, T.L., Childress, J.F.** *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press. New York, Oxford 1979. 3ª ed., 1989.

**Broggi, M.A. et al.** *Problemas prácticos del consentimiento informado*. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas, 2002.

**Busquets, M. i Caïs, J.** *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas, 2006.

**Comitè de Bioètica de Catalunya.** *Consideracions sobre el document de voluntats anticipades*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2002.

**Comitè de Bioètica de Catalunya.** *Guia de recomanacions sobre el consentiment informa*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2003.

**Comitè de Bioètica de Catalunya.** *L'ingrés no voluntari i la pràctica terapèutica de mesures restrictives en pacients psiquiàtrics i persones demenciades*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002.

**Comitè d'Ètica Assistencial.** Fundació Congrés Català de Salut Mental. "Reflexiones hacia una ética de la continuidad de cuidados". En Leal, J. y Escudero, A. *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Madrid: AEN, 2006. Pàg. 480-487.

Conclusions Jornades CGPJ de juliol 2003 matèria incapacitats.

Conveni Europeu de Drets Humans, 1950. *Conveni Europeu per a la Salvaguarda dels Drets Humans i les Llibertats Fonamentals*. Barcelona: Institut de Drets Humans de Catalunya, 2000.

Conveni sobre Biomedicina i Drets Humans del Consell d'Europa per a la protecció dels drets humans i la dignitat de l'ésser humà respecte a les aplicacions de la biologia i la medicina de 4 d'abril de 1997.

Declaració dels Drets Humans i Salut Mental de Luxor (article 4).

**Gracia, Diego i Jarabo, Yolanda.** "Presencia de decisiones en el paciente menor de edad". *Medicina Clínica*, núm. 117 (2001), p.179-190.

**Ètica i Salut Mental: Mesures restrictives.** Comitè d'Ètica Assistencial. Barcelona: Fundació Congrés Català de Salut Mental, 2005.

**García, L.** "Marco jurídico de la enfermedad mental. Incapacidad e internamiento". Revista General de Derecho. 2000.

**Javier Júdez, P.N.** "La confidencialitat a la pràctica clínica: història clínica i gestió de la informació". *Medicina Clínica*. 2002, 118 (1), p.18-37.

La informatització de les dades personals, administratives i mèdiques. Barcelona: Col·legi oficial de metges de Barcelona, 1999.

Llibre Blanc sobre la protecció dels drets humans i la dignitat de les persones que pateixen un trastorn mental, especialment aquelles ingressades de forma involuntària en un centre psiquiàtric. CM, 2000, núm. 23 Suplement 10 de febrer de 2000.

**Macías Gelabert, A.M.** El consentimiento informado en Pediatría. *Revista cubana de pediatría*. 2006, vol.78, núm.1.

**Monés, J.** *La confidencialitat i el secret mèdic en el menor madur. Reflexions dels aspectes ètics i legals*, [en línia] [Consulta: 28 juliol 2008] Disponible a: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/menor2006madur.pdf>

**Nacions Unides.** Assemblée General. Declaració Universal dels Drets Humans, aprovada i proclamada per l'Assemblea General de les Nacions Unides el dia 10 de desembre de 1948.

**Nacions Unides.** Assemblée General. Principis per a la protecció dels malalts mentals i la millora de l'atenció en salut mental. Resolució 46/119, de l'Assemblea General de les Nacions Unides de 17 de desembre de 1991.

**Nacions Unides.** Resolució 46/119 de Nacions Unides sobre la protecció del malalt (principi 1.6)

**Sancho Gallardo, I.** *Incapacitación y tutela*. Valencia: Tirant lo Blanc, 2000.

**Santander, F.** *Ètica i praxi psiquiàtrica*. Valladolid: A.E.N., 2002.

Societat Catalana de medicina familiar i comunitària. Confidencialitat: el dret a l'intimitat. 2003, volum 21, suplement 2.

**Bloch P.C.,** Sydney i Green, Stephen A.. *L'ètica en psiquiatria*. Madrid: Tricastela, 2001.

**Ventura Mas, S. et al.** *La respuesta judicial ante la enfermedad mental*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial, 2006.

\* Revisió bibliogràfica: Maria del Mar Flores Martí de la Biblioteca de la UB.



**C/ Còrsega, 257 pral.**

**08036 BARCELONA**

**Tel.: 93 238 62 47**

**A/e: [info@fccsm.net](mailto:info@fccsm.net)**

**Web: [www.fccsm.net](http://www.fccsm.net)**