

Eulàlia Porta

La responsabilitat ètica dels professionals en els ingressos involuntaris en salut mental

Recepció: 27/05/2020 Acceptació: 03/06/2020

Resum

En l'estudi de la qualitat del respecte als drets de les persones amb trastorn mental en l'atenció sanitària, els ingressos involuntaris són una situació excepcional que requereix una observança especial, per la situació de vulnerabilitat de la persona i per la privació de llibertat que comporten. La recerca i reflexió a l'entorn d'aquest procediment, així com l'anàlisi dels resultats que, contràriament al que pretén, provoca en la salut mental de les persones que el viuen, són el rerefons de l'interès d'aquesta investigació, centrada en la pràctica dels diversos professionals que hi intervenen des del punt de vista de la responsabilitat ètica. Les conclusions apunten que el grau de responsabilitat de cada professional s'articula en funció de la qualitat dels seus propis valors i de la seva formació, prèvia i contínua. També es relaciona amb l'organització de les entitats a les quals pertany, els seus valors i els seus recursos, així com amb els recursos que proveeixen les administracions al sistema de salut mental. L'ètica apareix com un instrument a integrar en tots aquests factors, per millorar-ne l'eficiència i beneficiència.

Paraules clau

Salut mental, professionals sanitaris, ingrés involuntari, drets humans, bioètica.

La responsabilidad ética de los profesionales en los ingresos involuntarios en salud mental

En el estudio de la calidad del respeto a los derechos de las personas con trastorno mental en la atención sanitaria, los ingresos involuntarios son una situación excepcional que requiere una observancia especial, por la situación de vulnerabilidad de la persona y por la privación de libertad que conllevan. La investigación y reflexión en torno a este procedimiento, así como el análisis de los resultados que, contrariamente a lo que pretende, provoca en la salud mental de las personas que lo viven, son el trasfondo del interés de esta investigación, centrada en la práctica de los diversos profesionales que intervienen desde el punto de vista de la responsabilidad ética. Las conclusiones apuntan a que el grado de responsabilidad de cada profesional se articula en función de la calidad de sus propios valores y de su formación, previa y continua. También se relaciona con la organización de las entidades a las que pertenece, sus valores y sus recursos, así como con los recursos que proveen las administraciones al sistema de salud mental. La ética aparece como un instrumento a integrar en todos estos factores, para mejorar su eficiencia y beneficiencia.

Palabras clave

Salud mental, profesionales sanitarios, ingreso involuntario, derechos humanos, bioética.

The ethical responsibility of workers in involuntary mental health admissions

In studies of the quality of respect for the rights of people with mental disorders in health care, involuntary admission is an exceptional situation that requires special observation due to the situation of vulnerability of the subject and the deprivation of freedom entailed in this process. Research into and reflection on the procedure, as well as analysis of the consequences that, contrary to intention, it has on the mental health of the people exposed to it, provide the background for the interest of this research, which focuses on the practice of the various workers that intervene, from the point of view of ethical responsibility. The conclusions indicate that the degree of responsibility of each professional is articulated according to the quality of their own values and their previous and continuous training. This responsibility is also linked to the organisation of the entities they belong to, their values and resources, as well as the resources allotted to the mental health system by government authorities. The paper concludes that ethics is a tool that should be integrated into all these factors with a view to improving the efficiency and benefits of involuntary admission.

Keywords

Mental health, health workers, involuntary admission, human rights, bioethics.

Com citar aquest article:

Porta Felipe, Eulàlia (2020). La responsabilitat ètica dels professionals en els ingressos involuntaris en salut mental. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 183-201.

▲ Introducció

Les persones amb patiment mental que acudeixen al sistema de salut es troben en una situació d'alta vulnerabilitat per múltiples factors, tots ells derivats de la seva situació de salut i social. Aquestes persones necessiten ser ateses amb la màxima cura i aportant amb alta eficiència la protecció i el benefici que requereixen, perquè se'ls està donant allò que els manca: la cura de la seva salut quan no es troba totalment al seu abast.

Ateses les abundants evidències de la distància que hi ha entre la percepció dels procediments i de l'atenció en les persones ateses en el sistema de salut mental, respecte de la percepció dels diferents professionals i estaments que hi intervenen, manifestada a través del teixit associatiu de persones usuàries, en reivindicacions, denúncies, publicacions i altres mitjans, s'ha volgut investigar i reflexionar sobre la responsabilitat ètica en els diferents àmbits i actors d'aquestes intervencions. Entre les diferents qüestions que s'han generat, reflexionem aquí sobre el principi de responsabilitat –principi profundament relacionat amb els drets fonamentals a l'autonomia i a la llibertat– en un procediment específic d'aquesta atenció de salut, els ingressos involuntaris en salut mental.

A l'inici d'aquest plantejament hi havia dubtes sobre la presència de la reflexió en les pràctiques professionals que es duen a terme en els diferents procediments que es donen en el sistema de salut mental. Les preguntes eren quin és el nivell de reflexió i d'autocrítica envers les diferents accions, procediments i protocols i, sobretot, envers la tasca individual, i quines responsabilitats es considera que s'ha d'assumir o s'està disposat a assumir.

Apareixia la qüestió sobre quin marge d'actuació tenen els professionals quan senten que els seus principis i valors no concorden del tot amb el que marquen els codis

Apareixia la qüestió sobre quin marge d'actuació tenen els professionals quan senten que els seus principis i valors no concorden del tot amb el que marquen els codis i protocols de les entitats on treballen i amb els marcats per la professió i les administracions. És a dir, quin nivell de responsabilitat s'assumeix *versus* el que realment es pot assumir.

A banda dels codis i protocols definits en les diferents actuacions, també apareixen altres factors que poden limitar l'assumpció de certes responsabilitats en els professionals. Per exemple, els recursos que es dediquen a l'atenció en salut mental als diferents dispositius i serveis i com garanteixen (o obstaculitzen) les bones pràctiques.

També hi ha les condicions estructurals de la vida en els ingressos: què es fa, com, amb quina intimitat i quin és el grau d'autonomia que es manlleua ateses les condicions materials i ambientals. Tot i que tots aquests aspectes no són en mans directament dels professionals, sí que hi és la possibilitat de contribuir a millorar-los.

Així mateix, s'han tingut en compte factors com el retorn que es fa des de les entitats (sou, formació continuada i agraïment), des de l'administració (recursos destinats, places que s'obren de cada especialitat, etc.), des de la societat en general i des de les persones ingressades, en el moment de pensar i valorar com és la responsabilitat assumida pel professional.

Ens hem centrat en els àmbits professionals de la psiquiatria, la justícia i la infermeria en salut mental i vàrem entrevistar dos psiquiatres, una jutgessa i un infermer de salut mental, a fi d'obtenir la informació que atorga la seva pròpia experiència (individualment i com a col·lectiu professional). Així mateix, es va entrevistar una persona usuària que havia viscut un ingrés involuntari feia pocs mesos. En tots els casos les entrevistes van ser semiestructurades i van durar entre dues i quatre hores. En un desenvolupament posterior d'aquest estudi, seria convenient ampliar les entrevistes a altres rols (familiars i altres professionals relacionats), així com el nombre de persones entrevistades.

Els drets humans i l'ètica en l'atenció a la salut mental

L'octubre de 2006 va tenir lloc a Estrasburg una reunió del Comitè d'experts per al desenvolupament d'un instrument de referència per al Consell d'Europa, on es va coincidir en la necessitat que el Comitè Europeu (CoE), en relació amb la salut mental, havia de centrar el seu treball sobre els drets humans, els aspectes ètics de la provisió de serveis, la cohesió social i el punt de vista de les persones afectades de patiment mental. Per dur a terme aquest encàrrec es va realitzar una revisió de la documentació produïda pel CoE i pels comitès independents amb rellevància per a la salut mental i els drets de les persones en la seva atenció en aquest àmbit de la salut, tenint en compte els aspectes esmentats.

La revisió es va publicar en l'informe *Libertades fundamentales, derechos básicos y atención al enfermo mental* (Torres i Barrios, 2007) que analitzava l'impacte que aquests documents, principalment les normes del Comitè Europeu per a la prevenció de la tortura i de les penes o tractes inhumans o degradants, hagin pogut tenir en les polítiques i decisions dels països membres al respecte. L'anàlisi s'havia de fer sobre les àrees de legislació i aspectes penals, entorn i condicions de vida, provisió de serveis, estàndards professionals, principis generals de tractament i implicació i autonomia del pacient (empoderament). Malgrat que la intenció fou que servís de base per a l'elaboració d'un instrument de referència en salut mental, fent èmfasi en principis ètics generals i de cohesió social, en la part relativa als ingressos involuntaris, els aspectes dels estàndards professionals i l'empoderament de

les persones usuàries no hi surten reflectits. Només s'hi esmenta la necessitat de formació dels professionals que treballen en els trasllats d'aquests ingressos.

Segurament, aquest informe no era el lloc per entrar en l'anàlisi rigorosa del respecte als drets fonamentals de les persones ateses en els serveis de salut mental, però així ho indicava l'encàrrec inicial. Tot i així, es tracta d'una important i necessària aportació en la millora de la presència dels drets humans en l'atenció sanitària a la salut mental a Europa. Val a dir que les propostes i suggeriments de l'informe sobre les concordances, mancances, incoherències i contradiccions en els diferents documents revisats no han estat atesos i no s'han desenvolupat.

L'informe evidenciava que la defensa dels drets humans en l'atenció a la salut mental sovint obvia la presència de persones que representin el pensament que aporta fonament ètic. Es troba a faltar la intervenció des de l'ètica

L'informe evidenciava, un cop més, que la defensa dels drets humans en l'atenció a la salut mental sovint obvia, tant en la planificació política com en la seva pràctica diària, la presència de persones i estaments que representin el pensament que aporta fonament ètic a les decisions sobre les lleis i sobre la pràctica clínica. Concretament, en els ingressos involuntaris en salut mental, es troba a faltar la intervenció des de l'ètica, en moments com l'audiència del jutge o en el decurs de l'ingrés.

A l'audiència que s'ha de donar per poder fer efectiu un ingrés involuntari hi ha el jutge, la persona susceptible de ser ingressada involuntàriament en un servei d'hospitalització en salut mental i el metge forense. En aquesta fase els drets es garanteixen per la presència del jutge, però el jutge no està obligat a tenir coneixements en salut mental. Posteriorment, durant l'ingrés, no hi ha cap figura que pugui observar el respecte als drets en les persones ateses ni, per exemple, facilitar que elles denunciïn si consideren que no s'estan respectant.

Atesa la situació de fragilitat i incapacitació de la persona ingressada, aquestes absències són molt rellevants. Aquesta figura podria estar a cavall entre l'expertesa en les lleis, el respecte als drets humans i el tracte ètic a les persones; i podria ser present no només en el moment de l'entrevista, sinó periòdicament en la unitat d'ingrés.

A aquesta qüestió, se n'hi afegeixen d'altres provinents de la planificació i la gestió de l'atenció en salut mental, en tots els processos i rols, que també demanden una reflexió des de l'ètica: en la tasca duta a terme des de les administracions de planificació política, normativa i control; en l'organització de les institucions de salut mental i en la tasca dels professionals. Hi afegim, com no pot ser d'altra manera, la percepció que en tenen les persones usuàries del sistema de salut i les seves famílies. L'experiència i reflexió a l'entorn de tot plegat posa de manifest l'interès d'un estudi general sobre drets i ètica en aquest àmbit de la salut.

Des de la planificació política (reflexió, diàleg i elaboració de documents conclusius amb programació temporal d'accions concretes) es poden generar inèrcies i intervencions que possibilitin canvis. Amb la presència de l'ètica en la planificació es crearia un espai per abordar els temes més conflictius en els diferents nivells del procés d'atenció a les persones amb patiment mental i en els diversos actors que hi intervenen. Es podria, així, assajar una reflexió sobre la pràctica professional i el paper que la persona i les famílies juguen en tot plegat (Diversos autors, 2019).

L'ètica es presenta com l'opció per manifestar i debatre certes qüestions de les pràctiques professionals sanitàries per mirar de cercar-hi respostes o, almenys, de trobar l'espai per reflexionar-hi.

Amb la presència de l'ètica en la planificació es crearia un espai per abordar els temes més conflictius en els diferents nivells del procés d'atenció a les persones amb patiment mental

L'ingrés involuntari

Concepte, normativa, procediment i actors

Un ingrés es considera involuntari quan la persona no dona el seu consentiment a ser ingressada o quan no pot llegir ni signar adequadament el consentiment informat. Està basat en criteris mèdics i en el risc de situacions de perill, que pot comportar la manca d'ingrés per a la pròpia salut o la dels altres (Vega *et al.*, 2002). La REC (2004)¹⁰ estableix, a l'article 17, els criteris per a l'ingrés involuntari.

Una persona pot ser sotmesa a internament involuntari només si reuneix les següents condicions: té un trastorn mental, el seu estat representa un risc real de dany greu a la seva salut o a la salut d'algú altre, l'internament té una finalitat terapèutica, no hi ha disponible cap altre mitjà menys restrictiu de proporcionar l'assistència i l'opinió de la persona afectada ha estat presa en consideració (CoE, 2004).

El procediment ve reglat pel Conveni d'Oviedo (1997), per la Llei 1/2000, de 7 de gener, d'Enjudiciament Civil (LEC) (ESP, 2000) a nivell estatal i pel Llibre II del Codi Civil a Catalunya (CCC) (Parlament de Catalunya, 2010) en els mateixos termes. A més, aquests dos darrers estableixen el següent procediment:

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 si 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 retre 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. Un cop s'ha efectuat la sol·licitud de l'internament o s'ha comunicat, el jutge o jutgessa, després de fer l'exploració personal i escoltar el dictamen del facultatiu o facultativa que designi i l'informe del ministeri fiscal, ha d'acordar motivadament l'autorització o la denegació de l'internament o la continuació d'aquest. El jutge o jutgessa, cada dos mesos, ha de revisar la situació de la persona internada (Parlament de Catalunya, 2010).

Hi afegim que, al contrari del que diu el CCC, cal la ratificació del jutge o jutgessa en cas d'internament urgent, tal com indica l'article 763 de la LEC: "En els casos d'internaments urgents, la competència per a la ratificació de la mesura correspon al tribunal del lloc en què se situï el centre on s'hagi produït l'internament" (ESP, 2000), que haurà d'entrevistar la persona abans del termini de setanta-dues hores i emetre'n la ratificació.

Aquests i altres documents legislatius, convenis i tractats van ser analitzats en l'informe ja esmentat de Torres i Barrios (2007) on, a banda de posar de manifest múltiples llacunes sobre els diferents criteris que s'estableixen a la REC (2004)10 (CoE, 2004) per a aquests ingressos, fan una sèrie de suggeriments que valdria la pena revisar i actualitzar. En mencionem alguns: revisar el concepte de trastorn mental –i, si cal, excloure'n algun tipus legislativament–; revisar les condicions de l'ingrés psiquiàtric i l'adequació de la condició del risc de danys; posar èmfasi en la diferència entre tractament i ingrés involuntari; tenir en consideració les opinions de la persona i augmentar-ne la participació en relació amb el seu tractament.

Hi ha dos tipus d'ingrés involuntari: l'ordinari i el d'urgència. En les entrevistes realitzades, a la pregunta sobre si es donaven més ingressos involuntaris urgents o per petició de familiars per via ordinària, es va respondre que la gran majoria dels ingressos eren per via d'urgència, és a dir, que per voluntat pròpia o aliena la persona era portada a un servei d'urgències mèdiques psiquiàtriques i allà el facultatiu n'ordenava l'ingrés, amb el consentiment de la persona o sense el consentiment (en la majoria de casos, sense el consentiment).

Les persones que intervenen en la primera fase del procediment són la persona afectada, algun familiar o persona del seu entorn proper (no sempre) i un psiquiatre que fa l'informe mèdic. Posteriorment, en l'autorització judicial, hi intervenen el jutge i el metge forense. Ambdós fan el seu informe individual i consensuen la decisió final. Quan la decisió és autoritzar l'ingrés involuntari –la majoria de les vegades és així– es passa a Fiscalia, que es limita a acceptar-lo sense revisar el cas. Posteriorment hi intervé, si s'ha demanat, un advocat que pot interposar recurs davant el jutge. També hi intervenen

el personal del servei d'ambulància si hi ha trasllats i la policia, que es pot sol·licitar per al trasllat. Finalment, els guardes de seguretat del jutjat i, ja als hospitals, els infermers i els guardes de seguretat.

Per tant, hi ha un ampli ventall de professionals. Hi ha qui destaca l'absència de persones que puguin vetllar, des de la confiança d'una relació personal o del seu rol de defensor dels drets del pacient, pel respecte dels drets de la persona que ingressa. Cal recordar que en aquest moment la persona es troba en una doble situació de vulnerabilitat: per raó de manca de salut mental i per raó de privació de llibertat.

Tot i que hi hagi lleis i codis que confirmen la legalitat dels ingressos involuntaris, s'han dictat recomanacions nacionals i internacionals que la neguen, i hi entren en contradicció:

Tot i que s'han fet avenços en el camp dels drets humans, les mesures restrictives com el tractament i l'hospitalització involuntaris [...] continuen essent emprades amb massa freqüència, encara que no constitueixin una finalitat en si mateixes. La fonamentació ètica de les mesures coercitives és clara i ja va ser avalada de manera sòlida pel Conveni d'Oviedo, però malgrat l'entronització legal en els cossos normatius de tots els països, les recents aportacions des de diversos organismes internacionals estan qüestionant aquesta posició, prioritzant el dret a l'autodeterminació i a l'autonomia de les persones amb problemes de salut mental, molt més enllà del dret a la protecció de la seva salut, fins i tot quan ambdós valors entren en conflicte (Ramos, 2018, p. 53).

Com sempre que les lleis presenten contradiccions, no és clara la forma concreta d'actuar. Aquest marge entre “es pot” i “s’ha de” és l'espai que té el professional per tal d'actuar segons el seu criteri, la seva manera de pensar –els seus valors individuals–, la seva experiència i coneixements, la seva ètica professional, la seva sensibilitat i les capacitats per desenvolupar-s'hi. Aquí rau la responsabilitat individual. I també la de les entitats que proveeixen els serveis de salut mental. La responsabilitat de l'administració i la política van per darrere, seguint el camí que les persones afectades i els professionals que hi treballen li exigeixen i li marquen.

Aquest marge entre “es pot” i “s’ha de” és l'espai que té el professional per tal d'actuar segons el seu criteri, la seva manera de pensar

L'experiència de l'ingrés involuntari

Altres aspectes que analitza l'informe de Torres i Barrios (2007) són la necessitat d'una formació específica dels professionals que intervenen en el trasllat de la persona a l'hospital o al jutjat, i també que la persona tingui dret a ser assistida pel seu representant i pel seu advocat davant del jutge. Fa, aproximadament, vint anys es feia formació específica al personal dels serveis d'ambulàncies, només a Barcelona, i no s'ha repetit. A psiquiatria no

es rep formació en drets i lleis i els jutges i advocats, com hem dit, no reben formació en salut mental. En tots els casos aquestes formacions sembla que canviarien tant l'atenció que aquests professionals confereixen a la persona, com la percepció de la mateixa feina i el retorn que aquesta els procura.

Pel que fa al dret de la persona a ser assistida per un advocat i/o representant en l'audiència amb el jutge, la persona ingressada involuntàriament que es va entrevistar va proposar la presència d'un defensor del pacient. Sembla lògic pensar que la persona en situació de crisi per manca de salut mental hagi de comptar amb algú que la representi quan, justament, s'està estimant la seva manca de capacitat per decidir sobre la seva salut. Per una banda, la presència d'un advocat garantiria el respecte als seus drets legals i, per una altra, la presència d'un representant garantiria que es donés a conèixer la seva voluntat i preferències, declarades en altres moments previs, en situació d'estabilitat en el seu trastorn. Un instrument que esdevé necessari en aquest punt és el pla de decisions anticipades, en el qual s'està treballant actualment en el Pla director de salut mental i addiccions (Departament de Salut, Generalitat de Catalunya).

Es produeix, doncs, una inobservància d'un dret bàsic en la privació de llibertat. Les persones entrevistades van manifestar dubtes sobre si la informació dels drets a la persona que s'ha d'ingressar es dona de manera adequada. Van proposar que la informació la facilitessin els professionals psiquiatres o infermers, o bé l'esmentat defensor del pacient, el qual s'encarregaria de vetllar per la comprensió d'aquesta informació per part del seu pacient o d'informar el seu representant o familiars. En qualsevol cas, és un exemple del desequilibri entre el desenvolupament dels drets de les persones internes en un centre penitenciari –que tenen el dret a l'assistència d'un advocat plenament consolidat; sempre els és informat i es duu a terme, si així ho vol la persona– i les ingressades en un centre de salut mental, que no sempre el coneixen i no està ni de bon tros consolidat.

Els entrevistats també coincidien en el fet que, en un ingrés involuntari, tothom hi pateix: la persona ingressada, els familiars i les persones de l'entorn proper, els metges, els infermers, el jutge, la policia i els professionals de les ambulàncies. Es tracta d'una experiència que no és gens grata per a ningú i que és poc terapèutica, que reclama revisió, reflexió i actuar en conseqüència. Els professionals, com hem dit, hi juguen la seva part.

La responsabilitat

En una situació de fragilitat es pot desproveir la persona de la seva autonomia i que una altra persona prengui la responsabilitat d'atendre-la, substituint-la per l'ajuda. Els ingressos involuntaris en salut mental són una mostra evident d'aquest abandó de l'autonomia a través de la privació de llibertat.

En aquest procés es produeix tota una sèrie de transferències, la principal de les quals és la transferència de responsabilitat (Esquirol, 2018). Aquesta transferència no és voluntària, no es tracta d'una dimissió de la responsabilitat per part de la persona, sinó que li és presa en contra de la seva voluntat de mantenir-la. La convicció dels professionals de salut mental i dels jutges és que la persona ingressada requereix que d'altres se'n responsabilitzin, avantposant la seva salut.

La convicció dels professionals de salut mental i dels jutges és que la persona ingressada requereix que d'altres se'n responsabilitzin, avantposant la seva salut

El concepte de responsabilitat

El filòsof alemany Hans Jonas relacionava la responsabilitat amb el principi d'autonomia: “El respecte al principi d'autonomia requereix inevitablement el principi de responsabilitat, definit com el *deure de tenir cura i preocupar-se de l'altre vulnerable*” (Jonas, 1995, p. 84). És a dir, es passa del fet d'abandonar, de deixar caure el dret a l'autonomia de la persona per una situació de màxima fragilitat, al deure de responsabilitzar-se'n.

Deia l'escriptor i polític Jorge Semprún sobre la seva estada en un camp de concentració nazi, que tots els morts representen la mort (Semprún, 2006). Podem dir també que tots els qui pateixen representen el dolor. El filòsof Emmanuel Lévinas afirmava que es tracta de “no deixar l'altre morir sol [...], cosa que significa no romandre indiferent a aquesta mort” i que hem de “respondre de la vida d'un altre home, amb el risc de fer-nos còmplice d'aquesta mort” (Lévinas, 2014, p. 38). La nostra responsabilitat davant d'algú que pateix consisteix a no deixar-lo patir sol, a no restar indiferents al seu dolor, a respondre-li i, fins i tot, a assumir els riscos que aquesta presa de responsabilitat comporta, fins al punt de poder esdevenir còmplices del seu dolor.

Aquesta atenció es fa urgent quan la persona que pateix ens interpel·la i tenim, a més, una sèrie de coneixements tècnics, unes capacitats desenvolupades i una certa experiència a atendre les necessitats i greuges que aquest dolor genera. I es pot convertir en la nostra professió. En els serveis bàsics sanitaris, socials i docents, la tasca del professional que atén la persona en situació fràgil i amb necessitats que ella sola no es pot satisfer “consisteix a assumir responsabilitats en condicions d'incertesa i a gestionar riscos” (Román, 2016, p. 23).

Si analitzem una mica més el principi de responsabilitat advertim que ens sentim responsables d'una persona que pateix perquè ens desperta la nostra humanitat, ens interpel·la i ens fa adonar que no estem sols, que vivim en estreta interdependència amb els altres. Comentava el filòsof Josep M. Esquirol (2018) que les persones som figures verticals en l'horitzontalitat de la terra i que la feblesa de la nostra verticalitat necessita de dues coses per mantenir-se: l'autoestima i l'ajut dels altres, perquè ningú no s'aguanta dret sol.

En aquest *aguantar-se dret* gràcies a un mateix i als altres neix la responsabilitat. Aquesta relació d'ajuda en el reconeixement de l'altre com a tal, no com a jo, sinó com a igual que jo, tal com deia Lévinas, ens defineix com a éssers humans, i no podem estar-nos-en, no ho podem ignorar: “des del fons de la natural perseverança en l'ésser d'un ens segur –del seu dret d'ésser, des del cor de la identitat original del Jo–, contra aquesta perseverança i contra aquesta identitat, s'alça, despertada davant la cara de l'altre, una responsabilitat per l'altre al qual he estat encomanat abans que tota encomanda, abans de ser present en mi mateix o de tornar a mi mateix” (Lévinas, 2014, p. 39).

És la interpel·lació de l'altre la que ens fa veure'l com a proïsme: “Precisament en aquesta crida de la meua responsabilitat mitjançant el rostre que m'assigna, que em demana, que em reclama, en aquesta posada en qüestió, l'altre és proïsme” (Lévinas, 2014, p. 24). Però, què passa quan una persona que requereix ajuda professional sent que la persona que l'atén no ha assumit aquesta responsabilitat, no s'hi ha apropat i no l'ha ajudada? Què passa si s'ha sentit maltractada?

La responsabilitat en els professionals

Després d'un ingrés involuntari per raó d'un trastorn mental, les persones sovint manifesten que s'han sentit maltractades en alguns moments i per alguns professionals. A més, durant l'ingrés se les ha desposseït de l'autonomia que tenien fins aleshores en afers quotidians. El tracte rebut i percebut connota molt negativament l'ingrés, i la persona, que potser acceptaria ser ingressada voluntàriament, es negarà a qualsevol ingrés més a causa del record de les vivències negatives. Aquestes vivències no es donen només pel tracte rebut, sinó que hi ha múltiples factors més que condicionen l'experiència d'un ingrés.

Hauria de ser natural que un professional que atén persones en situació de fragilitat extrema els faci saber que és amb elles per ajudar-les. Només li cal dir i fer sentir un “soc aquí [per ajudar-te]” i un “vas bé” (Esquirol, 2018) quan avancen i milloren. És l'*heme aquí* que Lévinas vincula a la responsabilitat en tant que sociabilitat, un gest gratuït que anomena “amor per l'altre” (Lévinas, 2014).

Lévinas afirmava que necessitem més caritat i més transcendència en l'atenció (Méndez, 1989). Mostrar compassió –paraula que prové del llatí *compas-sio*, mot format per *cum* = “amb” i pel verb *patior* = “patir”, i que significa “sentir el dolor de l'altre, sentir l'altre o, fins i tot, sentir-lo amb l'altre” (Canimas Brugué, 2015, p. 61)– i mostrar amor i interès per la persona que s'atén. Així, ella concedirà la confiança al professional i entindrà l'atenció que li està conferint com una ajuda, com una beneficència, que és la “virtut de fer el bé, de procurar pel bé de l'altre” (Canimas Brugué, 2015, p. 61).

Hauria de ser natural que un professional que atén persones en situació de fragilitat extrema els faci saber que és amb elles per ajudar-les

La confiança en el professional

Donar confiança a la persona atesa no és el mateix que transmetre-li seguretat. La seguretat que transmet el professional ve donada pels coneixements tècnics i l'expertesa en la matèria que tracta, i no va necessàriament lligada a la confiança que hauria de generar. Sovint, hom pensa que la confiança ja ve donada per la formació rebuda i la pràctica diària del professional, però no és així del tot. Cal insistir a generar, a continuar generant, aquesta confiança.

Un article recent (Baron i Berinsky, 2019) posa en qüestió aquesta confiança adquirida en els metges. La confiança s'ha de crear, s'ha de construir en cada nova relació entre el professional i el pacient i, fins i tot, en cada trobada entre ells. Segons l'article, la força corporativa dels metges i l'alta expertesa tècnica dels seus coneixements han contribuït, des d'antic, a la consolidació de la seva professió com un dels rols més rellevants en la societat. El mateix podem dir dels jutges.

La societat actual ha anat desproveint els metges d'aquesta confiança a causa dels canvis accelerats que es produeixen en totes les jerarquies i estaments socials, a causa de la circulació massiva i inassimilable d'informació que hi ha a les xarxes socials i Internet, etc. Tot això ha generat una mena de confiança líquida (basada en la idea de *societat líquida* de Zygmunt Bauman) en el coneixement en general i en les persones que el posseeixen. Aquest fet es troba ara en un punt d'inflexió molt rellevant, atesa la tasca ingent del món sanitari en la lluita contra la COVID-19, però ens caldrà temps per poder-ho analitzar amb perspectiva i dades.

L'article de Baron i Berinsky (2019) proposava algunes accions per recuperar aquesta confiança, com ara reforçar el treball en equip amb la resta de professionals, el reconeixement de les competències dels altres membres de l'equip i baixar les problemàtiques a la realitat a fi que els conflictes es mostrin i s'afrontin en la pràctica diària. Així, d'una banda, s'augmenta la confiança entre ells i disminueix el rol de superioritat del metge. D'altra banda, el treball en equip trasllada a la persona atesa la modèstia en l'atenció i contribueix a teixir aquesta confiança envers la totalitat de l'equip i de l'atenció mèdica en general.

Tot això es pot aplicar també als jutges. En canvi, a les infermeres la confiança els és donada per altres raons, no només pels seus coneixements tècnics. Entre aquestes raons, hi ha el tracte envers el pacient, que acostuma a ser respectuós, amable i fins i tot afectuós. Aquí rau una de les claus de l'establiment de la confiança: el bon tracte.

En aquest sentit, un dels psiquiatres entrevistats va comentar la comparació entre l'*autoritas* i el poder. El sentit originari de l'*autoritas* era el poder del coneixement; en canvi, ara això s'ha oblidat i només s'ostenta una relació de poder entre estaments, sense ocupar-se de quin és el rol que ocupa el coneixement en l'actualitat i donant-lo per descomptat.

L'estudi de l'ètica

En estudis publicats sobre quina és l'evolució de l'ètica en les persones des que trien els estudis de Medicina fins a l'acabament de les pràctiques residents (Esquerda, 2019; Esquerda *et al.*, 2019; Esquerda, Yuguero, Viñas i Pifarré, 2016; Yuguero, Esquerda, Viñas, Soler-González i Pifarré, 2019), s'afirma que l'accés a la professió de metge sembla que normalment ve motivat per una voluntat d'ajuda, de cura i de protecció envers les persones malaltes.

Tothom pateix malalties durant la seva vida i la mort és entesa, en la nostra cultura, com la conseqüència nefasta del progrés negatiu de la malaltia. Els estudiants de Medicina trien aquesta professió per poder exercir aquesta beneficència d'evitar, tant com es pugui, el dolor i la mort. Però dos d'aquests estudis (Esquerda, Yuguero, Viñas i Pifarré, 2016; i Yuguero *et al.*, 2019) han trobat que a partir dels darrers cursos els estudiants disminueixen la seva empatia inicial envers els malalts molt significativament. L'anàlisi de les dades i els factors que hi influencien (és menor el minvament en els estudiants familiars de metges, és a dir, en els que coneixien abans la professió) han posat de relleu l'erosió ètica (Esquerda, 2019) dels estudiants de Medicina que, en canvi, no es dona en els estudiants d'Infermeria.

El tipus d'estudi a la carrera de Medicina (acumulació massiva de coneixements, memorització *versus* comprensió, alta competitivitat), les pràctiques als hospitals (l'hospital cada vegada més entès com una empresa, les jerarquies, l'estrès i la competència) en són possibles causes. A les entrevistes els metges van explicar que sovint el tipus d'estudiant que accedeix a la carrera de Medicina (amb una de les notes de tall més altes de tots els estudis universitaris) no ho fa per l'ètica ni per vocació, sinó perquè és un estudiant aplicat. Quan es dona l'ètica vocacional, tampoc no es potencia. A la vegada, estudiants amb una alta vocació i una ètica molt desenvolupada però sense resultats acadèmics brillants no hi poden accedir.

La docència de l'ètica a la carrera de Medicina es troba en una fase molt incipient i no obligatòria (Esquerda, 2019). Un nou programa, aturat des de fa anys, contempla incorporar-la i dotar-la de més contingut i crèdits obligatoris en els futurs estudis de l'especialitat.

Gestió de la incertesa i la iatrogènia

Si un professional no és capaç d'assumir la incertesa i gestionar els riscos que comporta fer-se responsable d'una altra persona, i els evita, està aturant el desenvolupament d'un fet –un objectiu, un treball– que és el d'acomplir satisfactòriament l'atenció envers l'altre, i està cometent una greu falta professional i davant la societat. Sovint, les gerències i direccions dels centres de salut mental fan la vista grossa perquè tampoc no els interessa gestionar la incertesa i els riscos que comporta.

Els riscos en els ingressos involuntaris poden ser que la persona prengui mal o faci mal a tercers si no se la ingressa, encara que sigui involuntàriament. També n'hi pot haver durant l'ingrés, si se la deixa sortir de permís, rebre visites, parlar per telèfon, etc. La por a les denúncies, la por a l'amonestació per parts dels caps o directors i també la por que la persona atesa es faci mal o en faci a algú són factors molt negatius que es viuen amb preocupació i neguit. Això pot comportar una manca d'assumpció de riscos.

Èticament s'ha de mirar de causar al mínim dany possible i la màxima beneficència al pacient. Sovint la pràctica assistencial comporta l'assumpció de certs riscos, però la no assumpció també comporta iatrogènia (Ortiz-Lobo, 2011), que també és èticament i professionalment qüestionable. Ivan Illich va fer la definició següent de iatrogènia en el seu article "Nèmesi mèdica: l'expropiació de la salut" (1975): "les malalties iatrogèniques clíniques comprenen tots els estats clínics respecte dels quals són agents patògens els remeis, els metges o els hospitals" (Diversos autors, 2017, p. 20).

En principi s'ordena un ingrés involuntari entenent que és la millor opció, però, amb tot, si les condicions dels ingressos fossin més favorables, si els espais fossin més adequats, si no es trenqués la vida del pacient i si hi hagués un millor tracte des de tots i cada un dels professionals, els ingressos serien una opció molt més acceptada, adient, proporcionada i efectiva. És a dir, serien una opció més.

En general, tots els professionals afirmen que sempre es valoren tots els factors i es busca la màxima beneficència: "Els professionals són també agents morals, ja que, respectant l'autonomia de les persones, tenen el deure de no fer mal –i avaluar sempre la probabilitat de la iatrogènia– i no han de renunciar al principi de beneficència (la seva raó de ser), oferint als seus pacients les millors alternatives possibles encara que, això sí, preocupant-se per l'efectivitat de les seves intervencions: allò innecessari, allò infecciós, allò fútil atempta contra el deure de tots amb la justícia i la responsabilitat" (Ramos, 2018, p. 95).

La responsabilitat ètica dels professionals en els ingressos involuntaris

Els valors i els codis deontològics

El respecte als drets fonamentals en els centres on s'ingressen persones voluntàriament i involuntària per manca de salut mental es dona per fet atès que les entitats proveïdores d'aquests serveis tenen els seus valors i principis, així com les diferents professions que hi treballen tenen els seus codis deon-

Si atenem al
procés
d'ordenament
jurídic de l'ingrés
involuntari, trobem
que hi ha llacunes
en el tracte a la
persona i dubtes
sobre l'eficiència
del procés

tol·lògics i ètiques professionals. Si atenem al procés d'ordenament jurídic de l'ingrés involuntari, però, trobem que hi ha llacunes en el tracte a la persona i dubtes sobre l'eficiència del procés.

Es donen no pocs “conflictes entre els drets socials adquirits i en lluita i els codis deontològics de certes professions que atenen i tenen cura de la salut de les persones” (Román, 2016, p. 23), i el sentir de moltes persones ingressades, de molts dels seus familiars i també de professionals implicats és que, a vegades, no es respecten els valors i codis deontològics en el decurs de tot el procediment en un ingrés involuntari.

Alguns professionals es troben excedits i apel·len al cinisme quan se'ls parla de l'atenció en salut centrada en la persona, és a dir, en els seus drets, les seves necessitats i en com pensen que ha de ser la seva vida. Cinisme perquè consideren que no tenen les eines ni el context per atendre tenint en compte tots aquests aspectes.

Hi ha molts factors a tenir en compte quan valorem la qualitat de l'atenció a la salut mental. No només els professionals són un factor primordial, també ho són la resta de recursos i organitzacions de les entitats sanitàries, la política, la societat en general i les mateixes persones amb trastorn mental i els seus contextos. Actualment els serveis d'urgències psiquiàtriques i les unitats d'ingrés d'aguts no estan dotades dels recursos adients per poder-los evitar. Poc espai i sense possibilitat que les persones puguin conviure amb les seves crisis i agitacions sense suposar un risc per a elles ni per a ningú. Poca o nul·la intimitat, ruptura amb les activitats de la vida quotidiana i social, etc. Tampoc no hi ha prou personal per atendre amb temps i cura les persones en les seves necessitats, tant específiques del seu trastorn, com de la seva manera de viure i de ser.

Tornem a plantejar aquí la qüestió de si les condicions d'ingrés en salut mental fossin millor, fins i tot millor que les que té la persona en la seva vida normal, potser hi hauria més acceptació dels ingressos, tant per part d'elles com de les seves famílies. Potser es reduirien els ingressos involuntaris i serien majoritàriament voluntaris. Tanmateix, aquestes no són les condicions i, a més, hi ha casos de programacions d'ingressos voluntaris que arriben tan tard –justament perquè hi ha massa ingressos involuntaris– que la persona que el sol·licitava ja es troba en un estat tan agut de la seva crisi que ha de ser ingressada per via d'urgència. Hi ha una part de responsabilitat que això passi que recau en els professionals, però no tota. La part de responsabilitat que els pertoca consisteix a treballar d'una altra manera amb el que hi ha, fent canvis, reclamant-los i exigint-los, quan ells sols no poden dur-los a terme, i buscar l'excel·lència.

Salut *versus* llibertat

La llibertat és manllevada en un ingrés involuntari i, de la mateixa manera que es fa en l'àmbit penitenciari, perquè no resulti un segrest es demana la intervenció del jutge o jutgessa, que determinarà finalment la necessitat, o no, de la privació de llibertat de la persona en funció de tots els aspectes que cregui oportú de considerar (informes mèdics, entrevista amb la persona afectada i amb els seus familiars, situació en què es produeix, antecedents, context, etc.). Normalment, hem dit que la cerca del màxim benestar de la persona i l'erradicació de qualsevol risc per a ella i per a les persones del seu entorn és, com a motiu de salut, l'objectiu principal de l'ingrés.

El Conveni de NY sobre els drets humans en la discapacitat (ONU, 2006) assenyalava que ha de prioritzar-se el dret a la llibertat per sobre de qualsevol altre dret (inclòs, doncs, el dret a la salut) i que no ha de ser diferent el tracte a les persones amb discapacitat del que es confereix a qualsevol altra persona. Si es compara amb les persones preses per motius de delictes, la diferència respecte els drets que es tenen en compte amb elles i amb les persones amb discapacitat per raó de trastorn mental és múltiple i variada, tot i que no s'acaba de reflectir en una elaboració acurada –de fet, és inexistent– dels drets de les persones ingressades per motius de salut mental.

La limitació de llibertat sempre és una privació, independentment de com es produeixi, i potser caldria revisar en quins casos s'esdevé per raó de manca de salut mental i per què. Tots aquests factors condueixen a la necessitat de revisar les pràctiques i els procediments, i a la reflexió sobre les accions individuals que es duen a terme, que també haurien de ser revisades.

La trobada amb l'altre com una experiència ètica

Considerem que la manera de ser i estar en el món que hem d'experimentar les persones ha de ser ètica. Com diu Lévinas, “la vivència de la trobada del subjecte amb el rostre de l'altre és, sobretot, una experiència ètica” (Ríos, 2017). No podem “estar” de manera “simple” en el món, sinó que hem de pensar i reflexionar permanentment sobre qui som nosaltres, individualment, i què som en relació amb els altres. No podem actuar sense avaluar els efectes dels nostres actes ni les seves conseqüències (en nosaltres mateixos, en els altres, en el nostre entorn social, cultural i natural, etc.) perquè els nostres actes no són ordenats i d'acord amb la natura com ho són els dels animals i les plantes, que no necessiten de la reflexió perquè tots els seus actes estan integrats en el sistema natural. És a dir, ens cal viure de manera que l'ètica sigui present en les nostres vides de manera més fefaent. Es tracta, també, de tenir consciència moral, “la consciència moral és la capacitat d'adonar-se del que es fa, del perquè últim es fa, i de les seves conseqüències per a d'altres i per a un mateix, de les quals ha de retre comptes (responsabilitat)” (Román Maestre, 2009).

La limitació de llibertat sempre és una privació, independentment de com es produeixi, i potser caldria revisar en quins casos s'esdevé per raó de manca de salut mental i per què

Es tracta de treballar-hi amb cautela i precaució, perquè són les persones, en condicions de fragilitat, des del seu no poder, qui ens interpel·len per seves ateses, són subjectes que per la seva condició de vulnerabilitat necessiten atenció (Román, 2016). I no es tracta únicament de la manca de salut, sinó també de la discriminació i l'estigma que pateixen en l'entorn social, laboral, sanitari i, fins i tot, familiar, ja que “els prejudicis, la violència, l'exclusió social i la segregació, els abusos en els tractaments o els atemptats a la seva capacitat de decidir, són freqüents en les persones amb problemes de salut mental” (Ramos, 2018, p. 51).

Cal tenir present, però, que els professionals que els atenen també són, a la fi, vulnerables i fràgils en no poques circumstàncies (de salut i d'altres) i que les persones som “vulnerables a la vulnerabilitat” (Esquirol, 2005, p. 93). Aquest fet esdevé positiu en l'atenció que es confereix per ajudar-nos els uns als altres, però també hi ha casos en què esdevé negatiu, quan protegim unes persones i en deixem desamparades unes altres. El desamparament és inadmissible i cal buscar-ne les causes, que són múltiples, i esmenar-les.

L'ingrés involuntari en salut mental és una pràctica a repensar perquè, finalment, va en contra de la seva funció, que és la de la beneficència i la cura

L'ingrés involuntari en salut mental és una pràctica a repensar perquè, finalment, va en contra de la seva funció, que és la de la beneficència i la cura. I perquè tampoc no aporta res de positiu, tal com és ara, als professionals que l'han de dur a terme. Els professionals, doncs, tenen el deure de reflexionar responsablement, d'assumir les seves responsabilitats en el funcionament d'aquestes intervencions (com es donen, com es desenvolupen i com acaben), de revisar la seva pròpia pràctica cada dia, revisar periòdicament la pràctica general de la seva professió i de la salut mental en general. I d'actuar per modificar actituds, millorar capacitats, el tracte que confereixen i excel·lir resultats. És la seva responsabilitat, inevitablement. També, però, és un deure de l'administració dotar dels recursos necessaris; de les gerències de les entitats, procurar-los; i del model d'atenció en salut, centrar-la de manera real en la persona atesa.

Conclusions

Compartint les experiències dels professionals, les persones ateses i les famílies, i després d'aquest breu estudi que té com a objectiu investigar la presència de la responsabilitat en els diferents moments i rols que intervenen en els ingressos involuntaris en salut mental, apareixen tres factors essencials. Un dels factors és la necessitat d'ampliar aquesta responsabilitat i fer-la més compartida. Empoderar les persones ateses, les seves famílies i els professionals que intervenen en els ingressos involuntaris. Empoderar-les en els procediments, els espais i els recursos laborals que es dediquen a l'atenció en els ingressos per manca de salut mental. No es tracta de transferir o desprendre's de cap responsabilitat, al contrari, es tracta d'assumir-les entre tots, amb suport mutu per assegurar una pràctica professional acurada i respectuosa, efectiva i eficaç.

El segon factor és la intervenció de noves figures en els procediments i processos. Es proposa el defensor del pacient i l'expert en drets humans. Cal vetllar per garantir una atenció adequada i quan la persona atesa presenta tantes insatisfaccions i, fins i tot, pot empitjorar el seu estat de salut –que, inclús, pot desencadenar la mort– a causa d'aquestes pràctiques, sembla evident que cal fer una revisió en profunditat de tots els aspectes que envolten els ingressos involuntaris. La persona ingressada no experimenta la sensació d'empara que hauria d'experimentar quan és atesa en contra de la seva voluntat, i els professionals es troben excedits i sense els recursos necessaris per actuar segons el seu criteri.

Un tercer factor és la formació que aquests professionals reben prèviament i la formació continuada, així com la cura que se'n té quan es formen. Han aparegut aspectes com l'erosió ètica dels estudiants de Medicina, que també es dona en els juristes i no, en canvi, en infermeria. S'ha observat com estan dissenyats ara els currículums d'estudis i quina absència hi ha de contingut ètic, de drets i de lleis. Fins i tot, hi manca el coneixement sobre el sistema de salut actual, que permetria evidenciar les seves virtuts i mancances.

La responsabilitat del professional no és pas el factor principal que cal revisar pel que fa als ingressos involuntaris. Cal revisar també tota la llarga llista de factors que s'han esmentat i que tenen relació amb els recursos econòmics. Cal disposar de recursos econòmics per millorar els factors estructurals, els laborals, el temps d'atenció, el temps d'espera, els espais i els ambients, les activitats i la vida durant l'ingrés, l'autonomia i la intimitat. També cal revisar la medicació, les psicoteràpies, el temps d'ingrés i la impossibilitat dels ingressos voluntaris a causa de l'ocupació de totes les places pels ingressos urgents i involuntaris. Cal dotar de més temps i espai per posar en comú i reflexionar entre els professionals i amb les persones ingressades, etc.

Cal dotar de més temps i espai per posar en comú i reflexionar entre els professionals i amb les persones ingressades

Malgrat això, revisar la responsabilitat del professional és inevitable perquè res no canviarà fins que tots, individualment, revisem les nostres pràctiques, fins i tot les no professionals. Revisar, reflexionar, dubtar, afirmar-se o negar-se són accions amb molt de sentit en les nostres vides. No manllevem aquest principi apel·lant a les lleis o a les impossibilitats. Hem d'afrontar les limitacions i els marges, hem d'acceptar que estem instal·lats en aquests afores (Esquirol, 2018) però no perquè n'haguem estat expulsats, sinó perquè és el lloc per a la nostra vida. Potser es tracta de deixar lloc, en aquests afores, al sentir i al pensar i, només aleshores, continuar actuant.

Eulàlia Porta Felipe
Pla director de salut mental i addiccions
Direcció General de Planificació en Salut
Departament de Salut
eporta_ext@gencat.cat

Bibliografia

- Baron, R.; Berinsky, A.** (2019). *Mistrust in Science. A Threat to the Patient-Physician Relationship.* (D. Malina, Ed.). *The New England Journal of Medicine*, 381(2), 182-185.
- Canimas Brugué, J.** (2015). *Com resoldre problemàtiques ètiques?* Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- CoE** (2004). *Recomanació número REC (2004)10 del comitè de ministres dels estats membres sobre la protecció dels drets i la dignitat de les persones amb trastorn mental.* Estrasburg: Comissió Europea.
- CoE** (1997). *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.* Consejo de Europa. Oviedo: CoE.
- Diversos autors** (2017). *Iatrogenia y medicina defensiva.* Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Diversos autors** (2019). *Ética y promoción de la salud. Libertad-paternalismo.* Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- ESP** (2000). *Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.* BOE(7).
- Esquerda, M.** (2019). *El curioso incidente de la erosión ética en Medicina.* Recollit de redacció mèdica: <https://www.redaccionmedica.com/opinion/el-curioso-incidente-de-la-erosion-etica-en-medicina-5366>
- Esquerda, M.; Pifarré, J.; Roig, H.; Busquets, E.; Yuguero, O.; Viñas, J.** (2019). *Evaluando la enseñanza de la bioética: formando “médicos virtuosos” o solamente médicos con habilidades éticas prácticas.* *Atención Primaria*, 51(2), 99-104.
- Esquerda, M.; Yuguero, O.; Viñas, J.; Pifarré, J.** (2016). *La empatía médica ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina.* (Elsevier, Ed.) *Atención Primaria*, 48(1), 8-14.
- Esquirol, J.** (2005). *Uno mismo y los otros. De las experiencias existenciales a la interculturalidad.* Barcelona: Herder.
- Esquirol, J. M.** (2018). *La penúltima bondat: assaig sobre la vida humana.* Barcelona: Quaderns Crema.
- Esquirol, J. M.** (2018). *Presentació de La penúltima bondat de Josep Maria Esquirol a la Biblioteca Jaume Fuster (M. Garcés, Entrevistador).* Barcelona: Quaderns Crema. Recollit de <https://www.youtube.com/watch?v=r9bnE2k-NyoQ>
- Guix Oliver, J.** (2012). *Organització dels sistemes sanitaris.* Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Jonas, H.** (1995). *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica.* Barcelona: Herder.
- Lévinas, E.** (2014). *Alteridad y trascendencia.* Madrid: Arena Libros S.L.
- Méndez, J.** (1989). *Emmanuel Lévinas: “Somos hijos de la Biblia y de los griegos”.* *El País.*
- ONU** (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.* New York, EEUU: ONU.

- Ortiz-Lobo, A.** (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Revista Española de Salud Pública*(85), 457-469.
- Parlament de Catalunya** (2010). Llei 25/2010, del 29 de juliol, del llibre segon del Codi Civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família. 5686, 61162-61260.
- Ramos, J.** (2018). Ética y salud mental. Barcelona: Herder.
- Ríos, P.** (2017). Emmanuel Lévinas frente al ascenso de la filosofía elemental del nazismo: un debate metodológico-político. Tópicos. *Revista de Filosofía*(53). Recollit de <http://topicosojs.up.edu.mx/ojs/index.php/topicos/article/view/823>
- Román Maestre, B.** (2009). Ètica en els serveis socials. Professions i organitzacions. (D. d. Ciutadania, Ed.). *Papers d'acció social*(7), 1-24.
- Román, B.** (2016). Ética de los servicios sociales. Barcelona: Herder.
- Semprún, J.** (2006). *Pensar en Europa*. Barcelona: Círculo de lectores.
- Torres, F.; Barrios, L. F.** (2007). *Libertades fundamentales, derechos básicos y atención al enfermo mental*. Madrid: Secretaría General de Sanidad. Dirección General de la Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Vega, C. et al.** (2002). Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales. *Atención Primaria*, 42(3), 176-182. doi:DOI: 10.1016/j.aprim.2009.07.012
- Yuguro, O., Esquerda, Viñas, J.; Soler-González, J.; Pifarré, J.** (2019). Ética y empatía: relación entre razonamiento moral, sensibilidad ética y empatía en estudiantes de medicina. *Revista Clínica Española*, 219(2). doi:0.1016/j.rce.2018.09.002