

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

Eulàlia Porta

Recepción: 27/05/2020 Aceptación: 03/06/2020

Resumen

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 beneficencia.

Palabras clave

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

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

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 beneficència.

Paraules clau

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

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.

Cómo citar este artículo:

Porta Felipe, Eulàlia (2020).

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

Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 75, 189-208.



ISSN 2339-6954

▲ Introducción

Las personas con sufrimiento mental que acuden al sistema de salud se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad por múltiples factores, todos ellos derivados de su situación de salud y social. Estas personas necesitan ser atendidas con el máximo cuidado y aportando con alta eficiencia la protección y el beneficio que requieren, porque se les está dando lo que les falta: el cuidado de su salud cuando ésta no se encuentra totalmente a su alcance.

Dadas las abundantes evidencias de la distancia existente entre la percepción de los procedimientos y de la atención en las personas atendidas en el sistema de salud mental, respecto de la percepción de los diferentes profesionales y estamentos que intervienen en él, manifestada a través del tejido asociativo de personas usuarias, en reivindicaciones, denuncias, publicaciones y otros medios, se ha querido investigar y reflexionar sobre la responsabilidad ética en los diferentes ámbitos y actores de estas intervenciones. Entre las distintas cuestiones que se han generado, reflexionamos aquí sobre el principio de responsabilidad –principio profundamente relacionado con los derechos fundamentales a la autonomía y a la libertad– en un procedimiento específico de esta atención de salud, los ingresos involuntarios en salud mental.

Al inicio de este planteamiento existían dudas sobre la presencia de la reflexión en las prácticas profesionales que se llevan a cabo en los diferentes procedimientos que se dan en el sistema de salud mental. Las preguntas eran cuál es el nivel de reflexión y de autocrítica hacia las diferentes acciones, procedimientos y protocolos y, sobre todo, hacia la tarea individual, y qué responsabilidades se considera que se debe asumir o se está dispuesto a asumir.

Aparecía la cuestión sobre qué margen de actuación tienen los profesionales cuando sienten que sus principios y valores no concuerdan del todo con lo que marcan los códigos

Aparecía la cuestión sobre qué margen de actuación tienen los profesionales cuando sienten que sus principios y valores no concuerdan del todo con lo que marcan los códigos y protocolos de las entidades donde trabajan y con los marcados por la profesión y las administraciones. Es decir, qué nivel de responsabilidad se asume *versus* lo que realmente se puede asumir.

Aparte de los códigos y protocolos definidos en las diferentes actuaciones, también aparecen otros factores que pueden limitar la asunción de ciertas responsabilidades en los profesionales. Por ejemplo, los recursos que se dedican a la atención en salud mental en los diferentes dispositivos y servicios y cómo garantizan (u obstaculizan) las buenas prácticas.

También existen las condiciones estructurales de la vida en los ingresos: qué se hace, cómo, con qué intimidad y cuál es el grado de autonomía que se resta dadas las condiciones materiales y ambientales. Aunque todos estos aspectos no están en manos directamente de los profesionales, sí que lo está la posibilidad de contribuir a su mejora.

Asimismo, se han tenido en cuenta factores como el retorno que se hace desde las entidades (sueldo, formación continuada y agradecimiento), desde la administración (recursos destinados, plazas que se abren de cada especialidad, etc.), desde la sociedad en general y desde las personas ingresadas, en el momento de pensar y valorar cómo es la responsabilidad asumida por el profesional.

Nos hemos centrado en los ámbitos profesionales de la psiquiatría, la justicia y la enfermería en salud mental y entrevistamos a dos psiquiatras, una juez y un enfermero de salud mental, a fin de obtener la información que otorga su propia experiencia (individualmente y como colectivo profesional). Asimismo, se entrevistó a una persona usuaria que había vivido un ingreso involuntario hacía pocos meses. En todos los casos las entrevistas fueron semiestructuradas y duraron entre dos y cuatro horas. En un desarrollo posterior de este estudio, sería conveniente ampliar las entrevistas a otros roles (familiares y otros profesionales relacionados), así como el número de personas entrevistadas.

Los derechos humanos y la ética en la atención a la salud mental

En octubre de 2006 tuvo lugar en Estrasburgo una reunión del Comité de expertos para el desarrollo de un instrumento de referencia para el Consejo de Europa, donde se coincidió en la necesidad de que el Comité Europeo (CoE), en relación con la salud mental, debía centrar su trabajo sobre los derechos humanos, los aspectos éticos de la provisión de servicios, la cohesión social y el punto de vista de las personas afectadas de sufrimiento mental.

Para llevar a cabo este encargo se realizó una revisión de la documentación producida por el CoE y por los comités independientes con relevancia para la salud mental y los derechos de las personas en su atención en este ámbito de la salud, teniendo en cuenta los aspectos mencionados.

La revisión se publicó en el informe *Libertades fundamentales, derechos básicos y atención al enfermo mental* (Torres y Barrios, 2007) que analizaba el impacto que estos documentos, principalmente las normas del Comité Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes, hayan podido tener en las políticas y decisiones de los países miembros al respecto. El análisis se tenía que hacer sobre las áreas de legislación y aspectos penales, entorno y condiciones de vida, provisión de servicios, estándares profesionales, principios generales de tratamiento e implicación y autonomía del paciente (empoderamiento). A pesar de que la intención fue que sirviera de base para la elaboración de un instrumento de referencia en salud mental, poniendo énfasis en principios éticos generales

y de cohesión social, en la parte relativa a los ingresos involuntarios, los aspectos de los estándares profesionales y el empoderamiento de las personas usuarias no salen reflejados. Únicamente se hace mención a la necesidad de formación de los profesionales que trabajan en los traslados en estos ingresos.

Seguramente, este informe no era el lugar para entrar en el análisis riguroso del respeto a los derechos fundamentales de las personas atendidas en los servicios de salud mental, pero así lo indicaba el encargo inicial. Aún así, se trata de una importante y necesaria aportación en la mejora de la presencia de los derechos humanos en la atención sanitaria a la salud mental en Europa. Cabe decir que las propuestas y sugerencias del informe sobre las concordancias, carencias, incoherencias y contradicciones en los diferentes documentos revisados no han sido atendidos y no se han desarrollado.

El informe evidenciaba que la defensa de los derechos humanos en la atención a la salud mental a menudo obvia la presencia de personas que representen el pensamiento que aporta fundamento ético. Se echa de menos la intervención desde la ética

El informe evidenciaba, una vez más, que la defensa de los derechos humanos en la atención a la salud mental a menudo obvia, tanto en la planificación política como en su práctica diaria, la presencia de personas y estamentos que representen el pensamiento que aporta fundamento ético a las decisiones sobre las leyes y sobre la práctica clínica. Concretamente, en los ingresos involuntarios en salud mental, se echa de menos la intervención desde la ética, en momentos como la audiencia del juez o en el transcurso del ingreso.

En la audiencia que se debe dar para poder hacer efectivo un ingreso involuntario está el juez, la persona susceptible de ser ingresada involuntariamente en un servicio de hospitalización en salud mental y el médico forense. En esta fase los derechos se garantizan por la presencia del juez, pero éste no está obligado a tener conocimientos en salud mental. Posteriormente, durante el ingreso, no hay ninguna figura que pueda observar el respeto a los derechos en las personas atendidas ni, por ejemplo, facilitar que ellas denuncien si consideran que no se están respetando.

Dada la situación de fragilidad e incapacitación de la persona ingresada, estas ausencias son muy relevantes. Esta figura podría estar a caballo entre la experiencia en las leyes, el respeto a los derechos humanos y el trato ético a las personas; y podría estar presente no solo en el momento de la entrevista, sino periódicamente en la unidad de ingreso.

A esta cuestión, se le añaden otras cuestiones relativas a la planificación y a la gestión de la atención en salud mental, en todos los procesos y roles, que también demandan una reflexión desde la ética: en la tarea llevada a cabo desde las administraciones de planificación política, normativa y control; en la organización de las instituciones de salud mental y en la tarea de los propios profesionales. Añadimos, como no, la percepción que tienen de todas esas cuestiones las personas usuarias del sistema de salud y sus familias. La experiencia y reflexión en torno a todo ello pone de manifiesto el interés de un estudio general sobre derechos y ética en este ámbito de la salud.

Desde la planificación política (reflexión, diálogo y elaboración de documentos conclusivos con programación temporal de acciones concretas) se pueden generar inercias e intervenciones que posibiliten cambios. Con la presencia de la ética en la planificación se crearía un espacio para abordar los temas más conflictivos en los diferentes niveles del proceso de atención a las personas con sufrimiento mental y en los distintos actores que intervienen. Se podría, así, ensayar una reflexión sobre la práctica profesional y el papel que la persona y las familias juegan en todo esto (VV.AA, 2019).

La ética se presenta como la opción para manifestar y debatir ciertas cuestiones de las prácticas profesionales sanitarias para tratar de buscar respuestas o, al menos, tratar de encontrar el espacio para reflexionar.

Con la presencia de la ética en la planificación se crearía un espacio para abordar los temas más conflictivos en los diferentes niveles del proceso de atención a las personas con sufrimiento mental

El ingreso involuntario

Concepto, normativa, procedimiento y actores

Un ingreso se considera involuntario cuando la persona no da su consentimiento a ser ingresada o cuando no puede leer ni firmar adecuadamente el consentimiento informado. Está basado en criterios médicos y en el riesgo de situaciones de peligro, que puede conllevar la falta de ingreso para su propia salud o la de otros (Vega *et al.*, 2002). La REC (2004)¹⁰ establece, en su artículo 17, los criterios para el ingreso involuntario.

Una persona puede ser sometida a internamiento involuntario solo si reúne las siguientes condiciones: tiene un trastorno mental, su estado representa un riesgo real de daño grave a su salud o la salud de otro, el internamiento tiene una finalidad terapéutica, no hay disponible ningún otro medio menos restrictivo de proporcionar la asistencia y la opinión de la persona afectada ha sido tomada en consideración (CoE, 2004).

El procedimiento viene reglado por el Convenio de Oviedo (1997), por la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC) (ESP, 2000) a nivel estatal y por el Libro II del Código Civil en Cataluña (CCC) (Parlamento de Cataluña, 2010) en los mismos términos. Además, estos dos últimos establecen el siguiente procedimiento:

El internamiento de una persona por razón de trastorno psíquico, cualquiera que sea su edad, en una institución adecuada y cerrada requiere autorización judicial previa si su situación no le permite decidir por sí misma. No se requiere esta autorización si por razones de urgencia médica se precisa la adopción de esta medida, pero en este caso el director o directora del centro donde se efectúe el internamiento debe dar cuenta del hecho al juez o jueza del

partido judicial al que pertenece el centro, en el plazo máximo de veinticuatro horas. La misma obligación se produce cuando la persona voluntariamente internada se encuentra en una situación en la que no puede decidir libremente por sí misma la continuación del internamiento. Una vez se ha efectuado la solicitud de internamiento o se ha comunicado, el juez o jueza, tras hacer la exploración personal y escuchar el dictamen del facultativo que designe y el informe del ministerio fiscal, acordará motivadamente la autorización o denegación del internamiento o la continuación de este. El juez o jueza, cada dos meses, debe revisar la situación de la persona internada (Parlamento de Cataluña, 2010).

Añadamos que, al contrario de lo que dice el CCC, es necesaria la ratificación del juez o jueza en caso de internamiento urgente, tal como indica el artículo 763 de la LEC: “En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento” (ESP, 2000), que deberá entrevistar a la persona antes del plazo de setenta y dos horas y emitir su ratificación.

Estos y otros documentos legislativos, convenios y tratados fueron analizados en el informe ya mencionado de Torres y Barrios (2007) donde, además de poner de manifiesto múltiples lagunas sobre los diferentes criterios que se establecen en la REC (2004)¹⁰ (CoE, 2004) para estos ingresos, hacen una serie de sugerencias que merecería la pena revisar y actualizar. Mencionamos algunas de ellas: revisar el concepto de trastorno mental –y, si es necesario, excluir algún tipo legislativamente–; revisar las condiciones del ingreso psiquiátrico y la adecuación de la condición del riesgo de daños; poner énfasis en la diferencia entre tratamiento e ingreso involuntario; tener en consideración las opiniones de la persona y aumentar su participación en relación con su tratamiento.

Existen dos tipos de ingreso involuntario: el ordinario y el de urgencia. En las entrevistas realizadas, a la pregunta sobre si se daban más ingresos involuntarios urgentes o por petición de familiares por vía ordinaria, se respondió que la gran mayoría de los ingresos eran por vía de urgencia, es decir, que por voluntad propia o ajena la persona era llevada a un servicio de urgencias médicas psiquiátricas y allí el facultativo ordenaba el ingreso, con el consentimiento de la persona o sin él (en la mayoría de casos, sin el consentimiento).

Las personas que intervienen en la primera fase del procedimiento son la persona afectada, algún familiar o persona de su entorno próximo (no siempre) y un psiquiatra que hace el informe médico. Posteriormente, en la autorización judicial, intervienen el juez y el médico forense. Ambos hacen su informe individual y consensuan la decisión final. Cuando la decisión es autorizar el ingreso involuntario –la mayoría de las veces es así– se pasa a Fiscalía, que se limita a aceptarlo sin revisar el caso. Posteriormente in-

terviene, si se ha solicitado, un abogado que puede interponer recurso ante el juez. También intervienen el personal del servicio de ambulancia si hay traslados y la policía, que se puede solicitar para el traslado. Finalmente, los guardas de seguridad del juzgado y, ya en los hospitales, los enfermeros y los guardas de seguridad.

Por lo tanto, existe un amplio abanico de profesionales. Hay quien destaca la ausencia de personas que puedan velar, desde la confianza de una relación personal o de su rol de defensor de los derechos del paciente, por el respeto de los derechos de la persona que ingresa. Cabe recordar que en ese momento la persona se encuentra en una doble situación de vulnerabilidad: por razón de falta de salud mental y por razón de privación de libertad.

Aunque existan leyes y códigos que confirmen la legalidad de los ingresos involuntarios, se han dictado recomendaciones nacionales e internacionales que la niegan, y entran en contradicción con los primeros:

Aunque se han realizado avances en el campo de los derechos humanos, las medidas restrictivas como el tratamiento y la hospitalización involuntarios [...] siguen siendo empleadas con demasiada frecuencia, aunque no constituyan un fin en sí mismas. La fundamentación ética de las medidas coercitivas es clara y ya fue avalada de forma sólida por el Convenio de Oviedo, pero a pesar de la entronización legal en los cuerpos normativos de todos los países, las recientes aportaciones desde varios organismos internacionales están cuestionando esta posición, priorizando el derecho a la autodeterminación y la autonomía de las personas con problemas de salud mental, mucho más allá del derecho a la protección de su salud, incluso cuando ambos valores entran en conflicto (Ramos, 2018, p. 53).

Como siempre que las leyes presentan contradicciones, no es claro el modo concreto de actuar. Este margen entre “se puede” y “se debe” es el espacio que tiene el profesional para actuar según su criterio, su forma de pensar –sus valores individuales–, su experiencia y conocimientos, su ética profesional, su sensibilidad y sus capacidades para desarrollarse. Aquí yace la responsabilidad individual. Y también la de las entidades que proveen los servicios de salud mental. La responsabilidad de la administración y la política van por detrás, siguiendo el camino que las personas afectadas y los profesionales que trabajan en este ámbito le exigen y le marcan.

Este margen entre “se puede” y “se debe” es el espacio que tiene el profesional para actuar según su criterio, su forma de pensar

La experiencia del ingreso involuntario

Otros aspectos que analiza el informe de Torres y Barrios (2007) son la necesidad de una formación específica de los profesionales que intervienen en el traslado de la persona al hospital o al juzgado, y también que la persona tenga derecho a ser asistida por su representante y por su abogado ante el

juez. Hace aproximadamente veinte años se hacía formación específica al personal de los servicios de ambulancias, solo en Barcelona, y no se ha repetido. En psiquiatría no se recibe formación en derechos y leyes y los jueces y abogados, como hemos dicho, no reciben formación en salud mental. En todos los casos estas formaciones parece que cambiarían tanto la atención que estos profesionales confieren a la persona, como la percepción del propio trabajo y el retorno que éste les procura.

En cuanto al derecho de la persona a ser asistida por un abogado y/o representante en la audiencia con el juez, la persona ingresada involuntariamente a quien se entrevistó propuso la presencia de un defensor del paciente. Parece lógico pensar que la persona en situación de crisis por falta de salud mental tenga que contar con alguien que la represente cuando, justamente, se está estimando su falta de capacidad para decidir sobre su salud. Por un lado, la presencia de un abogado garantizaría el respeto a sus derechos legales y, por otro, la presencia de un representante garantizaría que se diera a conocer su voluntad y preferencias, declaradas en otros momentos previos, en situación de estabilidad en su trastorno. Un instrumento que resulta necesario en este punto es el plan de decisiones anticipadas, en el que se está trabajando actualmente en el Plan director de salud mental y adicciones (Departamento de Salud, Generalitat de Cataluña).

Se da, pues, una inobservancia de un derecho básico en la privación de libertad. Las personas entrevistadas manifestaron dudas sobre si la información de los derechos a la persona que se ha de ingresar se da de manera adecuada. Propusieron que la información la facilitarían los profesionales psiquiatras o enfermeros, o bien el citado defensor del paciente, quien se encargaría de velar por la comprensión de esta información por parte de su paciente o de informar a su representante o familiares. En cualquier caso, es un ejemplo del desequilibrio entre el desarrollo de los derechos de las personas internadas en un centro penitenciario –que tienen el derecho a la asistencia de un abogado plenamente consolidado; siempre les es informado y se lleva a cabo, si así lo quiere la persona– y las ingresadas en un centro de salud mental, que no siempre lo conocen y no está ni mucho menos consolidado.

Los entrevistados también coincidían en que en un ingreso involuntario todo el mundo sufre: la persona ingresada, los familiares y las personas del entorno cercano, los médicos, los enfermeros, el juez, la policía y los profesionales de las ambulancias. Se trata de una experiencia que no es nada grata para nadie y es poco terapéutica, que reclama revisión, reflexión y actuar en consecuencia. Los profesionales, como hemos dicho, juegan su parte en todo este proceso.

La responsabilidad

En una situación de fragilidad se puede desabastecer a la persona de su propia autonomía y que otra persona tome la responsabilidad de atenderla, sustituyéndola por la ayuda. Los ingresos involuntarios en salud mental son una muestra evidente de este abandono de la autonomía a través de la privación de libertad.

En este proceso se produce toda una serie de transferencias, y la principal es la transferencia de responsabilidad (Esquirol, 2018). Esta transferencia no es voluntaria, no se trata de una dimisión de la responsabilidad por parte de la persona, sino que le es tomada en contra de su voluntad de mantenerla. La convicción de los profesionales de salud mental y de los jueces es que la persona ingresada requiere que otros se responsabilicen de ella, anteponiendo su salud.

La convicción de los profesionales de salud mental y de los jueces es que la persona ingresada requiere que otros se responsabilicen de ella, anteponiendo su salud

El concepto de responsabilidad

El filósofo alemán Hans Jonas relacionaba la responsabilidad con el principio de autonomía: “el respeto al principio de autonomía requiere inevitablemente del principio de responsabilidad, definido como el *deber de cuidar y preocuparse del otro vulnerable*” (Jonas, 1995, p. 84). Es decir, se pasa del hecho de abandonar, de dejar caer el derecho a la autonomía de la persona por una situación de máxima fragilidad, el deber de responsabilizarse.

Decía el escritor y político Jorge Semprún sobre su estancia en un campo de concentración nazi, que todos los muertos representan la muerte (Semprún, 2006). Podemos decir también que todos los que sufren representan el dolor. El filósofo Emmanuel Lévinas afirmaba que se trata de “no dejar a otro morir solo [...], que significa no permanecer indiferente a esta muerte” y que debemos “responder de la vida de otro hombre, con el riesgo de hacernos cómplice de esta muerte” (Lévinas, 2014, p. 38). Nuestra responsabilidad ante alguien que sufre consiste en no dejarlo sufrir solo, no permanecer indiferentes a su dolor, responder e incluso asumir los riesgos que esta toma de responsabilidad conlleva, hasta el punto de poder convertirnos en cómplices de su dolor.

Esta atención es urgente cuando la persona que sufre nos interpela y tenemos, además, una serie de conocimientos técnicos, unas capacidades desarrolladas y una cierta experiencia en atender las necesidades y agravios que este dolor genera. Y puede convertirse en nuestra profesión. En los servicios básicos sanitarios, sociales y docentes, la tarea del profesional que atiende a la persona en situación frágil y con necesidades que ella sola no puede satisfacer “consiste en asumir responsabilidades en condiciones de incertidumbre y en gestionar riesgos” (Román, 2016, p. 23).

Si analizamos un poco más el principio de responsabilidad advertimos que nos sentimos responsables de una persona que sufre porque nos despierta nuestra humanidad, nos interpela y nos hace ver que no estamos solos, que vivimos en estrecha interdependencia con los demás. Comentaba el filósofo Josep M. Esquirol (2018) que las personas somos figuras verticales en la horizontalidad de la tierra y que la debilidad de nuestra verticalidad requiere dos cosas para mantenerse: la autoestima y la ayuda de los demás, porque nadie se mantiene en pie solo.

En este *mantenerse en pie* gracias a uno mismo y a los demás nace la responsabilidad. Esta relación de ayuda en el reconocimiento del otro como tal, no como yo, sino como igual que yo, como decía Lévinas, nos define como seres humanos, y no lo podemos obviar, no lo podemos ignorar: “desde el fondo de la natural perseverancia en el ser de un ente seguro –de su derecho de ser, desde el corazón de la identidad original del Yo–, contra esta perseverancia y contra esta identidad, se levanta, despertada frente al rostro del otro, una responsabilidad por el otro al cual he sido encomendado antes de toda encomienda, antes de ser presente en mí mismo o de volver a sí” (Lévinas, 2014, p. 39).

Es la interpelación del otro la que nos hace sentirlo *prójimo*: “precisamente en esta llamada de mi responsabilidad mediante el rostro que me asigna, que me pide, que me reclama, en esta puesta en cuestión, el otro es prójimo” (Lévinas, 2014, p. 24). Pero, ¿qué ocurre cuando una persona que requiere ayuda profesional siente que la persona que lo atiende no ha asumido esta responsabilidad, no se ha acercado a ella y no la ha ayudado? ¿Qué pasa si se ha sentido maltratada?

La responsabilidad en los profesionales

Debería ser natural que un profesional que atiende a personas en situación de fragilidad extrema les haga saber que está con ellas para ayudarlas

Tras un ingreso involuntario por razón de un trastorno mental, las personas a menudo manifiestan que se han sentido maltratadas en algunos momentos y por algunos profesionales. Además, durante el ingreso se las ha despojado de la autonomía que tenían hasta entonces en asuntos cotidianos. El trato recibido y percibido connota muy negativamente el ingreso, y la persona, que quizás aceptaría ser ingresada voluntariamente, se negará a cualquier ingreso más debido al recuerdo de las vivencias negativas. Estas vivencias no se dan solo por el trato recibido, sino que hay múltiples factores más que condicionan la experiencia de un ingreso.

Debería ser natural que un profesional que atiende a personas en situación de fragilidad extrema les haga saber que está con ellas para ayudarlas. Solo tiene que decir y hacer sentir un “estoy aquí [para ayudarte]” y un “vas bien” (Esquirol, 2018) cuando avanzan y mejoran. Es el *heme aquí* que Lévinas vincula a la responsabilidad como sociabilidad, un gesto gratuito que llama “amor por el otro” (Lévinas, 2014).

Lévinas afirmaba que necesitamos más caridad y más trascendencia en la atención (Méndez, 1989). Mostrar compasión –palabra que proviene del latín *compassio*, palabra formada por *cum* = “con” y por el verbo *patior* = “sufrir”, y que significa “sentir el dolor del otro, sentir el otro o, incluso, sentirlo con el otro” (Canimas Brugué, 2015, p. 61)– y mostrar amor e interés por la persona que se atiende. Así, ella concederá la confianza al profesional y entenderá la atención que le está confiriendo como una ayuda, como una beneficencia, que es la “virtud de hacer el bien, de procurar el bien del otro” (Canimas Brugué, 2015, p. 61).

La confianza en el profesional

Dar confianza a la persona atendida no es lo mismo que transmitirle seguridad. La seguridad que transmite el profesional viene dada por los conocimientos técnicos y la experiencia en la materia que trata, y no necesariamente va ligada a la confianza que debería generar. A menudo, se piensa que la confianza ya viene dada por la formación recibida y la práctica diaria del profesional, pero no es del todo así. Hay que insistir en generar, en seguir generando, esta confianza.

Un artículo reciente (Baron y Berinsky, 2019) pone en cuestión esta confianza adquirida en los médicos. La confianza se debe crear, se debe construir en cada nueva relación entre el profesional y el paciente e incluso en cada encuentro entre ellos. Según el artículo, la fuerza corporativa de los médicos y la alta pericia técnica de sus conocimientos han contribuido, desde antiguo, a la consolidación de su profesión como uno de los roles más relevantes en la sociedad. Lo mismo podemos decir de los jueces.

La sociedad actual ha ido desproveyendo a los médicos de esta confianza debido a los cambios acelerados que se producen en todas las jerarquías y estamentos sociales, debido a la circulación masiva y inasimilable de información que hay en las redes sociales e Internet, etc. Todo esto ha generado una especie de confianza *líquida* (basada en la idea de *sociedad líquida* de Zygmunt Bauman) en el conocimiento en general y en las personas que lo poseen. Este hecho se encuentra ahora en un punto de inflexión muy relevante, debido a la tarea ingente del mundo sanitario en la lucha contra la COVID-19, pero necesitaremos tiempo para poderlo analizar con perspectiva y datos.

El artículo de Baron y Berinsky (2019) proponía algunas acciones para recuperar esta confianza, como reforzar el trabajo en equipo con el resto de profesionales, el reconocimiento de las competencias de los otros miembros del equipo y bajar las problemáticas a la realidad a fin de que los conflictos se muestren y se afronten en la práctica diaria. Así, por un lado, se aumenta la confianza entre ellos y disminuye el rol de superioridad del médico. Por

otra parte, el trabajo en equipo traslada a la persona atendida la modestia en la atención y contribuye a tejer esta confianza hacia la totalidad del equipo y de la atención médica en general.

Todo esto se puede aplicar también a los jueces. En cambio, a las enfermeras la confianza les es dada por otras razones, no solo por sus conocimientos técnicos. Entre estas razones, está el trato con el paciente, que suele ser respetuoso, amable e incluso cariñoso. Ahí radica una de las claves del establecimiento de la confianza: el buen trato.

En este sentido, uno de los psiquiatras entrevistados comentó la comparación entre la *autoritas* y el poder. El sentido originario de la *autoritas* era el poder del conocimiento; en cambio, ahora esto se ha olvidado y solo ostenta una relación de poder entre estamentos, sin ocuparse de cuál es el rol que ocupa el conocimiento en la actualidad y dándolo por supuesto.

El estudio de la ética

En estudios publicados sobre cuál es la evolución de la ética en las personas desde que eligen los estudios de Medicina hasta la finalización de las prácticas residentes (Esquerda, 2019; Esquerda *et al.*, 2019; Esquerda, Yuguero, Viñas y Pifarré, 2016; Yuguero, Esquerda, Viñas, Soler-González y Pifarré, 2019), se afirma que el acceso a la profesión de médico parece que normalmente viene motivado por una voluntad de ayuda, de cuidado y de protección contra las personas enfermas.

Todo el mundo sufre enfermedades durante su vida y la muerte es entendida, en nuestra cultura, como la consecuencia nefasta del progreso negativo de la enfermedad. Los estudiantes de Medicina eligen esta profesión para poder ejercer esta beneficencia de evitar, en lo posible, el dolor y la muerte. Pero dos de estos estudios (Grieta, Yuguero, Viñas y Pifarré, 2016; Yuguero *et al.*, 2019) han encontrado que a partir de los últimos cursos los estudiantes disminuyen su empatía inicial con los enfermos muy significativamente. El análisis de los datos y los factores influyentes (es menor la merma en los estudiantes familiares de médicos, es decir, en los que conocían antes la profesión) han puesto de relieve la erosión ética (Esquerda, 2019) de los estudiantes de Medicina que, en cambio, no se da en los estudiantes de Enfermería.

El tipo de estudio en la carrera de Medicina (acumulación masiva de conocimientos, memorización *versus* comprensión, alta competitividad), las prácticas en los hospitales (el hospital cada vez más entendido como una empresa, las jerarquías, el estrés y la competencia) son posibles causas. En las entrevistas los médicos explicaron que a menudo el tipo de estudiante que accede a la carrera de Medicina (con una de las notas de corte más altas de todos los estudios universitarios) no lo hace por la ética ni por vocación,

sino porque es un estudiante aplicado. Cuando se da la ética vocacional, tampoco se potencia. Asimismo, estudiantes con una alta vocación y una ética muy desarrollada pero sin resultados académicos brillantes no pueden acceder a ella.

La docencia de la ética en la carrera de Medicina se encuentra en una fase muy incipiente y no obligatoria (Esquerda, 2019). Un nuevo programa, parado desde hace años, contempla incorporarla y dotarla de más contenido y créditos obligatorios en los futuros estudios de la especialidad.

Gestión de la incertidumbre y la iatrogenia

Si un profesional no es capaz de asumir la incertidumbre y gestionar los riesgos que conlleva hacerse responsable de otra persona, y los evita, está deteniendo el desarrollo de un hecho –un objetivo, un trabajo– que es el de cumplir satisfactoriamente la atención hacia el otro, y está cometiendo una grave falta profesional y ante la sociedad. A menudo, las gerencias y direcciones de los centros de salud mental hacen la vista gorda porque tampoco les interesa gestionar la incertidumbre y los riesgos que conlleva.

Los riesgos en los ingresos involuntarios pueden ser que la persona se haga daño o haga daño a terceros si no se la ingresa, aunque sea involuntariamente. También se pueden producir durante el ingreso, si se la deja salir de permiso, recibir visitas, hablar por teléfono, etc. El miedo a las denuncias, el miedo a la amonestación por partes de los responsables o directores y también el miedo a que la persona atendida se haga daño o haga daño a alguien son factores muy negativos que se viven con preocupación y desazón. Esto puede conllevar una falta de asunción de riesgos.

Éticamente hay que tratar de causar el mínimo daño posible y la máxima beneficencia al paciente. A menudo la práctica asistencial conlleva la asunción de ciertos riesgos, pero la no asunción también conlleva iatrogenia (Ortiz-Lobo, 2011), que también es ética y profesionalmente cuestionable. Ivan Illich hizo la siguiente definición de iatrogenia en su artículo “Némesis médica: la expropiación de la salud” (1975): “las enfermedades iatrogénicas clínicas comprenden todos los estados clínicos respecto de los cuales son agentes patógenos los remedios, los médicos o los hospitales” (VV.AA, 2017, p. 20).

En principio se ordena un ingreso involuntario entendiendo que es la mejor opción, pero eso no quita que si las condiciones de los ingresos fueran más favorables, si los espacios fueran más adecuados, si no se rompiera la vida del paciente y si hubiera un mejor trato desde todos y cada uno de los profesionales, los ingresos serían una opción mucho más aceptada, adecuada, proporcionada y efectiva. Es decir, serían una opción más.

En general, todos los profesionales afirman que siempre se valoran todos los factores y se busca la máxima beneficencia: “los profesionales son también agentes morales, ya que, respetando la autonomía de las personas, tienen el deber de no hacer daño –y evaluar siempre la probabilidad de la iatrogenia– y no deben renunciar al principio de beneficencia (su razón de ser), ofreciendo a sus pacientes las mejores alternativas posibles aunque, eso sí, preocupándose por la efectividad de sus intervenciones: lo innecesario, lo inefectivo, lo fútil atenta contra el deber de todos con la justicia y la responsabilidad” (Ramos, 2018, p. 95).

La responsabilidad ética de los profesionales en los ingresos involuntarios

Los valores y los códigos deontológicos

Atendiendo al proceso de ordenamiento jurídico del ingreso involuntario encontramos que hay lagunas en el trato a la persona y dudas sobre la eficiencia del proceso

El respeto a los derechos fundamentales en los centros donde se ingresan personas voluntaria e involuntariamente por falta de salud mental se da por hecho dado que las entidades proveedoras de estos servicios tienen sus valores y principios, del mismo modo que las diferentes profesiones que trabajan en estos centros tienen sus códigos deontológicos y éticas profesionales. Atendiendo al proceso de ordenamiento jurídico del ingreso involuntario, sin embargo, encontramos que hay lagunas en el trato a la persona y dudas sobre la eficiencia del proceso.

Se dan no pocos “conflictos entre los derechos sociales adquiridos y en lucha y los códigos deontológicos de ciertas profesiones que atienden y cuidan de la salud de las personas” (Román, 2016, p. 23), y el sentir de muchas personas ingresadas, de muchos de sus familiares y también de profesionales implicados es que, a veces, no se respetan los valores y códigos deontológicos en el transcurso de todo el procedimiento en un ingreso involuntario.

Algunos profesionales se encuentran excedidos y apelan al cinismo cuando se les habla de la atención en salud centrada en la persona, es decir, en sus derechos, sus necesidades y en cómo piensan que debe ser su vida. Cinismo porque consideran que no tienen las herramientas ni el contexto para atender teniendo en cuenta todos estos aspectos.

Hay muchos factores a tener en cuenta al valorar la calidad de la atención en la salud mental. No solo los profesionales son un factor primordial, también lo son el resto de recursos y organizaciones de las entidades sanitarias, la política, la sociedad en general y las propias personas con trastorno mental y sus contextos. Actualmente los servicios de urgencias psiquiátricas y las unidades de ingreso de agudos no están dotadas de los recursos adecuados para

poderlos evitar. Poco espacio y sin posibilidad de que las personas puedan convivir con sus crisis y agitaciones sin suponer un riesgo para ellas ni para nadie. Poca o nula intimidad, ruptura con las actividades de la vida cotidiana y social, etc. Tampoco hay suficiente personal para atender con tiempo y cuidado a las personas en sus necesidades, tanto específicas de su trastorno, como de su forma de vivir y de ser.

Volvemos a plantear aquí la cuestión de si las condiciones de ingreso en salud mental fueran mejor, incluso mejor que las que tiene la persona en su vida normal, tal vez habría más aceptación de los ingresos, tanto por parte de ellas mismas como de sus familias. Quizás se reducirían los ingresos involuntarios y serían mayoritariamente voluntarios. Sin embargo, estas no son las condiciones y, además, se dan casos de programaciones de ingresos voluntarios que llegan tan tarde –precisamente porque hay demasiados ingresos involuntarios– que la persona que lo solicitaba ya se encuentra en un estado tan agudo de su crisis que debe ser ingresada por vía de urgencia. Una parte de responsabilidad de que esto suceda recae sobre los profesionales, pero no toda. La parte de responsabilidad que les corresponde consiste en trabajar de otro modo con lo que hay, haciendo cambios, reclamándolos y exigiéndolos, cuando ellos solos no pueden llevarlos a cabo, y buscar la excelencia.

Salud *versus* libertad

La libertad es arrebatada en un ingreso involuntario y, igual que se hace en el ámbito penitenciario, para que no resulte un secuestro se pide la intervención del juez o jueza, quien determinará finalmente la necesidad, o no, de la privación de libertad de la persona en función de todos los aspectos que crea oportuno considerar (informes médicos, entrevista con la persona afectada y con sus familiares, situación en que se produce, antecedentes, contexto, etc.). Normalmente, hemos dicho que la búsqueda del máximo bienestar de la persona y la erradicación de cualquier riesgo para ella y para las personas de su entorno es, como motivo de salud, el objetivo principal del ingreso.

El Convenio de NY sobre los derechos humanos en la discapacidad (ONU, 2006) señala que debe priorizarse el derecho a la libertad por encima de cualquier otro derecho (incluido, pues, el derecho a la salud) y que no debe ser diferente el trato a las personas con discapacidad del que se confiere a cualquier otra persona. Si se compara con las personas presas por motivos de delito, la diferencia respecto a los derechos que se tienen en cuenta con ellas y con las personas con discapacidad por razón de trastorno mental es múltiple y variada, aunque no se acaba de reflejar en una elaboración esmerada –de hecho, es inexistente– de los derechos de las personas ingresadas por motivos de salud mental.

La limitación de libertad siempre es una privación, independientemente de cómo se produzca, y quizá habría que revisar en qué casos sucede por razón de falta de salud mental y por qué

La limitación de libertad siempre es una privación, independientemente de cómo se produzca, y quizá habría que revisar en qué casos sucede por razón de falta de salud mental y por qué. Todos estos factores conducen a la necesidad de revisar las prácticas y los procedimientos, y a la reflexión sobre las acciones individuales que se llevan a cabo, que también deberían ser revisadas.

El encuentro con el otro como una experiencia ética

Consideramos que la forma de ser y estar en el mundo que debemos experimentar las personas debe ser ética. Como dice Lévinas, “la vivencia del encuentro del sujeto con el rostro del otro es, ante todo, una experiencia ética” (Ríos, 2017). No podemos “estar” de manera “simple” en el mundo, sino que debemos pensar y reflexionar permanentemente sobre quiénes somos nosotros, individualmente, y qué somos en relación con los demás. No podemos actuar sin evaluar los efectos de nuestros actos ni sus consecuencias (en nosotros mismos, en los otros, en nuestro entorno social, cultural y natural, etc.) porque nuestros actos no son ordenados y de acuerdo con la naturaleza como lo son los de los animales y las plantas, que no necesitan reflexionar para que todos sus actos están integrados en el sistema natural. Es decir, necesitamos vivir de forma que la ética esté presente en nuestras vidas de forma más fehaciente. Se trata, también, de tener conciencia moral, “la conciencia moral es la capacidad de darse cuenta de lo que se hace, del porqué último se hace, y de sus consecuencias para otros y para uno mismo, de las cuales debe rendir cuentas (responsabilidad)” (Román Maestre, 2009).

Se trata de trabajar con cautela y precaución, porque son las personas, en condiciones de fragilidad, desde su no poder, quienes nos interpelan para ser atendidas, son sujetos que por su condición de vulnerabilidad necesitan atención (Román, 2016). Y no se trata únicamente de la falta de salud, sino también de la discriminación y el estigma que sufren en el entorno social, laboral, sanitario e incluso familiar, ya que “los prejuicios, la violencia, la exclusión social y la segregación, los abusos en los tratamientos o los atentados a su capacidad de decidir, son frecuentes en las personas con problemas de salud mental” (Ramos, 2018, p. 51).

Hay que tener presente, sin embargo, que los profesionales que los atienden también son, al fin, vulnerables y frágiles en no pocas circunstancias (de salud, entre otras) y que las personas somos “vulnerables a la vulnerabilidad” (Esquirol, 2005, p. 93). Este hecho deviene positivo en la atención que se confiere para ayudarnos unos a otros, pero también hay casos en que es negativo, cuando protegemos a unas personas y dejamos desamparadas a otras. El desamparo es inadmisibles y hay que buscar sus causas, que son múltiples, y subsanarlas.

El ingreso involuntario en salud mental es una práctica a repensar porque, finalmente, va en contra de su función, que es la de la beneficencia y el cuidado. Y porque tampoco aporta nada positivo, tal y como se da ahora, a los profesionales que deben llevarla a cabo. Los profesionales, pues, tienen el deber de reflexionar responsablemente, asumir sus responsabilidades en el funcionamiento de estas intervenciones (cómo se dan, cómo se desarrollan y cómo acaban), revisar su propia práctica cada día, revisar periódicamente la práctica general de su profesión y de la salud mental en general. Y actuar para modificar actitudes, mejorar capacidades, mejorar el trato que confieren y buscar la excelencia en los resultados. Es su responsabilidad, inevitablemente. Pero también es un deber de la administración dotar de los recursos necesarios; de las gerencias de las entidades, procurarlos; y del modelo de atención en salud, centrarla de forma real en la persona atendida.

El ingreso involuntario en salud mental es una práctica a repensar porque, finalmente, va en contra de su función, que es la de la beneficencia y el cuidado

Conclusiones

Compartiendo las experiencias de los profesionales, las personas atendidas y las familias, y luego de este breve estudio que tiene como objetivo investigar la presencia de la responsabilidad en los diferentes momentos y roles que intervienen en los ingresos involuntarios en salud mental, aparecen tres factores esenciales. Uno de los factores es la necesidad de ampliar esta responsabilidad y hacerla más compartida. Empoderar a las personas atendidas, a sus familias y a los profesionales que intervienen en los ingresos involuntarios. Empoderarse en los procedimientos, los espacios y los recursos laborales que se dedican a la atención en los ingresos por falta de salud mental. No se trata de transferir o desprenderse de responsabilidad, al contrario, se trata de asumirlas entre todos, con apoyo mutuo para asegurar una práctica profesional cuidadosa y respetuosa, efectiva y eficaz.

El segundo factor es la intervención de nuevas figuras en los procedimientos y procesos. Se propone el defensor del paciente y el experto en derechos humanos. Hay que velar por garantizar una atención adecuada y cuando la persona atendida presenta tantas insatisfacciones e incluso puede empeorar su estado de salud —que puede llegar a desencadenar la muerte— debido a estas prácticas, parece evidente que hay que hacer una revisión en profundidad de todos los aspectos que rodean los ingresos involuntarios. La persona ingresada no experimenta la sensación de amparo que debería experimentar cuando es atendida en contra de su voluntad, y los profesionales se encuentran excedidos y sin los recursos necesarios para actuar según su criterio.

Un tercer factor es la formación que estos profesionales reciben previamente y la formación continuada, así como el cuidado que se tiene de ellos cuando se forman. Han aparecido aspectos como la erosión ética de los estudiantes de Medicina, que también se da en los juristas y no, en cambio, en enfermería. Se ha observado cómo están diseñados ahora los currículos de estudios

y qué ausencia hay de contenido ético, de derechos y de leyes. Incluso, falta el conocimiento sobre el sistema de salud actual, que permitiría evidenciar sus virtudes y carencias.

Hay que dotar de más tiempo y espacio para poner en común y reflexionar entre los profesionales y con las personas ingresadas

La responsabilidad del profesional no es el factor principal que hay que revisar en lo que concierne a los ingresos involuntarios. Hay que revisar también toda la larga lista de factores que se han mencionado y que tienen relación con los recursos económicos. Es necesario disponer de recursos económicos para mejorar los factores estructurales, los laborales, el tiempo de atención, el tiempo de espera, los espacios y los ambientes, las actividades y la vida durante el ingreso, la autonomía y la intimidad. También hay que revisar la medicación, las psicoterapias, el tiempo de ingreso y la imposibilidad de los ingresos voluntarios debido a la ocupación de todas las plazas por los ingresos urgentes e involuntarios. Hay que dotar de más tiempo y espacio para poner en común y reflexionar entre los profesionales y con las personas ingresadas, etc.

A pesar de ello, revisar la responsabilidad del profesional es inevitable porque nada cambiará hasta que todos, individualmente, revisemos nuestras prácticas, incluso las no profesionales. Revisar, reflexionar, dudar, afirmarse o negarse son acciones con mucho sentido en nuestras vidas. No tomamos este principio apelando a las leyes o a las imposibilidades. Debemos afrontar las limitaciones y los márgenes, tenemos que aceptar que estamos instalados en las afueras (Esquirol, 2018) pero no porque hayamos sido expulsados, sino porque es el lugar para nuestra vida. Quizá se trata de dejar lugar, en las afueras, al sentir y al pensar y, solo entonces, seguir actuando.

Eulàlia Porta Felipe
Plan director de salud mental y adicciones
Dirección General de Planificación en Salud
Departamento de Salud
eporta_ext@gencat.cat

Bibliografía

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). Recomendación número REC (2004)10 del comité de ministros de los estados miembros sobre la protección de los derechos y la dignidad de las personas con trastorno mental. Estrasburgo: Comisión 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.

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. Recojido de redacción médica: <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). Presentación de *La penúltima bondat* de Josep Maria Esquirol en la Biblioteca Jaume Fuster (M. Garcés, Entrevistador). Barcelona: Quaderns Crema. Recogido de <https://www.youtube.com/watch?v=r9bnE2kNyoQ>

Guix Oliver, J. (2012). *Organització dels sistemes sanitaris*. Tarragona: Universidad 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.

Parlamento de Cataluña (2010). Ley 25/2010, de 29 de julio, del libro segundo del Código Civil de Catalunya, relativo a la persona i la familia. 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). Recogido 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
- Yugero, 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
- VV.AA** (2017). *Iatrogenia y medicina defensiva*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- VV.AA** (2019). Ética y promoción de la salud. Libertad-paternalismo. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.