

## *Igual reconocimiento de las personas con discapacidad ante la ley. Algunos comentarios sobre la “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”*

Sergio Ramos Pozón

Máster en Ciudadanía y derechos humanos (Ética aplicada y Bioética). Doctor en Filosofía. Universidad de Barcelona. Profesor de Bioética y comunicación en la Universidad de Barcelona. Barcelona, España.  
Correo electrónico: ramospozón@hotmail.com.

### Cuestiones polémicas

- ¿Respetamos en salud mental la esencia del Comité y de la Convención?
- ¿Son las decisiones compartidas el mejor modelo para los pacientes con enfermedades mentales? Y en tal caso, ¿por qué tenemos que fomentarlas?
- ¿Por qué merece la pena diferenciar entre “capacidad” y “competencia”? ¿Lo hace el Comité?
- ¿Cómo puedo fomentar los derechos, la voluntad y las preferencias de los pacientes con enfermedades mentales?
- ¿Podríamos aceptar los tratamientos ambulatorios involuntarios respetando la esencia del Comité?

**Palabras clave:** Naciones Unidas • Discapacidad • Salud mental • Bioética.

### Introducción

Las Naciones Unidas llevaron a cabo el documento Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Convención)<sup>1</sup>. El objetivo de esta convención consistía en “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”. El texto se refería a aquellas personas que padecen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo. Pues bien, en mayo de 2014, el Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad (Comité) realizó un comunicado, una observación general n.º 1 (2014)<sup>2</sup>, e hizo algunas observaciones sobre el art. 12 referente al “igual reconocimiento como persona ante la ley”, pues considera que no se ha comprendido que el modelo de discapacidad basado en los dere-

chos no ha de basarse en un paradigma de decisiones sustitutiva, sino en uno que se base en el apoyo para tomarlas.

En el presente trabajo se exponen las principales recomendaciones que se han propuesto en esa observación general n.º 1 (2014) y se proponen algunos comentarios y sugerencias en relación con pacientes con enfermedades mentales graves.

### El modelo de toma de decisiones compartidas

El texto comienza recordando que la igualdad ante la ley es un principio básico de la protección de los derechos humanos, siendo este reconocimiento algo indispensable. En el artículo 12 del texto inicial no se establecían derechos adicionales para las personas con discapacidad, sino que simplemente se anotaban algunos elementos específicos, lo cual

es un error. Es totalmente necesario pasar de un paradigma basado en las decisiones por sustitución a uno que se ciña al apoyo de las personas con discapacidad para que sean ellas las que puedan decidir sobre sí mismas. Esta propuesta ha de basarse en el respeto por la dignidad de la persona, la autonomía (tanto para escoger como para rechazar decisiones), la no discriminación, el respeto por la diferencia, la igualdad de oportunidades, la igualdad entre el hombre y la mujer, y el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas para preservar su identidad.

Las personas con discapacidad son un colectivo a los que frecuentemente se les niega el derecho a la capacidad jurídica. Este hecho resulta llamativo, y discriminatorio, pues la capacidad jurídica es un atributo de carácter universal, inherente a todas las personas solo por el mero hecho de ser personas. La Convención define en el artículo 2 la discriminación como "cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales".

La negación de la capacidad jurídica puede discriminar a estas personas, de manera que es necesaria para que las personas puedan disfrutar de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. En el caso de la negación de tal capacidad, los criterios nunca han de ser por rasgos personales como el sexo, la raza o la discapacidad, ni tener como finalidad tratar a la persona de manera diferente. Esto implica, a su vez, que se tiene que tratar a las mujeres en igualdad de condiciones. Y en cuanto a los niños, artículo 7, se requiere "una consideración primordial la protección del interés superior del niño y que su opinión (ha de recibir) la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez".

Cuando estas decisiones son referentes a la salud, la educación o el trabajo adquieren un papel aún más importante. Y en el ámbito sociosanitario han de garantizarse estos derechos, pues se trata de decisiones que hacen alusión a su propio cuerpo, lo cual además puede atentar contra la dignidad de la persona.

La solicitud de un modelo que tome como fundamento la autonomía y la dignidad de la persona es una reivindicación, tanto social como jurídica, que establece el alejamiento del modelo paternalista que tradicionalmente ha imperado en nuestra sociedad. Así pues, el paradigma que ha de pivotar en la relación asistencial en pacientes con enfermedades mentales graves ha de ser uno fundamentado en la toma de decisiones compartidas<sup>3</sup>. Este tipo de relación asistencial denota un proceso interactivo de relación clínica en el que el profesional ayuda a su paciente a escoger qué tratamiento es el mejor para su situación clínica y le informa de qué riesgos y beneficios conlleva. Con ello, se introduce a la persona en la toma de decisiones, siendo esta finalmente quien elige con asesoramiento qué decisión tomar.

El objetivo de esta relación clínica ha de ser el de diagnosticar, prevenir y tratar al paciente. Para ello, los profesionales han de orientar y guiar el proceso terapéutico en relación con la medicina basada en la evidencia. Se ha de determinar qué línea terapéutica es la que mejor se adapta a los valores del paciente en relación con su sufrimiento, necesidades, valores, prioridades, deseos, etc. Y si es preciso o recomendable que la familia participe, no que simplemente decida en su nombre, en la toma de decisiones, ha de fomentarse su participación. Este tipo de relación asistencial tiene aspectos clínicos y éticos de gran importancia.

Es cierto que dependiendo del curso y evolución de la patología, si está en una fase aguda o si hay un deterioro cognitivo considerable, el grado de participación variará. Los pacientes con enfermedades mentales graves pueden tener dificultades para tomar decisiones; sin embargo, muchos estudios muestran que si siguen los tratamientos y están en una fase de la sintomatología estable, no únicamente pueden tomar decisiones sobre su propia vida, sino que también muestran una actitud positiva para hacerlo. En efecto, los estudios empíricos<sup>4-7</sup> muestran que desean tener un rol activo y participativo en la toma de decisiones, pues desean conocer mejor el tratamiento farmacológico y sus reacciones adversas. En particular, buscan consensuar cambios de tratamientos y/o de las dosis psicofarmacológicas o conocer si existen otros tipos de fármacos con menos reacciones adversas. Tanto los profesionales como los pacientes comparten el deseo de consensuar fármacos y dosis. Cabe destacar que normalmente los pacientes se interesan por el tratamiento farmacológico sin apenas prestar atención a los aspectos psicosociales (reinserción sociolaboral, terapias cognitivo-conductuales...).

Con este tipo de relación asistencial se da una mayor comunicación al establecerse un diálogo sobre las posibles vías terapéuticas. Por lo tanto, se fomenta un clima propicio para facilitar una alianza terapéutica. Como resultado: *a)* disminuyen el número de recidivas y rehospitalizaciones, *b)* aumenta la adherencia a los fármacos, *c)* hay un mayor cumplimiento en todo lo asociado al tratamiento y *d)* se realinean las expectativas personales, aumentando su calidad de vida<sup>6-10</sup>.

En cuanto a los aspectos éticos, esta relación clínica concibe a las personas con enfermedades mentales graves como ciudadanos con una enfermedad mental y no simplemente como enfermos, donde el respeto por la persona y su dignidad tienen un papel decisivo. Para ello, se fomenta el *empowerment* del paciente en la toma de decisiones, ya que se le da la oportunidad de poder escoger libremente el tratamiento, lo cual contribuye al desarrollo de la autonomía. El que sea la persona la protagonista del proceso supone que la toma de decisiones debe estar centrada en la persona y para la persona, pues son cuestiones que afectan a su vida. Por otro lado, al considerar los aspectos psicosociales (miedos,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470008>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470008>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)