

**DOCUMENTO AEN SOBRE
LA PROPUESTA DE REGULACION DEL
TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO**

*Profesionales
de
Salud Mental*

Documento aprobado por la Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría en su reunión de fecha 28 – 29 de enero de 2005 en Madrid.

Grupo de expertos designados por la Junta Directiva de la AEN para la elaboración del documento sobre el TAI:

M^a Eugenia Diez Fernández. Vicepresidenta AEN. Psicóloga Clínica. Asturias

Alicia Roig Salas. Psiquiatra. Barcelona

Onésimo González Alvarez. Psiquiatra. Huelva

Juan Medrano Albeniz. Psiquiatra. Alava

Fernando Santander Cartagena. Psiquiatra. Alava

Mariano Hernandez Monsalve. Psiquiatra. Madrid (*)

Julián Espinosa Ibarra. Psiquiatra. Valencia

Fermín Mayoral. Psiquiatra. Málaga

Ana Esther Sanchez Gutierrez. Psiquiatra. Asturias

Fernando Santos. Fiscal de la Audiencia Provincial de Córdoba

José Leal. Psicólogo Clínico. Barcelona

* No ha podido participar en la discusión y elaboración de este documento

Documentación revisada

Resumen: Una explicación de la Ley Kendra. Preparado por la Oficina Legal de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, Noviembre de 1999.

Medidas de tratamiento obligatorio externo en Salud mental: marco de una propuesta legislativa respetuosa con los derechos humanos. Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana.

Las conclusiones y resoluciones del Taller sobre tratamiento ambulatorio en supuestos de enfermedad mental grave (Bilbao, Junio de 2003).

Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health, Human Rights and Legislation. WHO, 2003.

Reflexiones y Propuestas respecto de la regulación del tratamiento ambulatorio obligatorio. Grupo Promotor del Comité d' Etica Assistencial de la Fundació Congrés Català de Salut Mental (CCSM). Alicia Roig y Jordi Marfa, coordinadores del Grupo Promotor. Enero de 2004.

Tratamiento psiquiátrico ambulatorio obligado. Margarita. M^a Hernanz, Fernando Santander, Santiago Ron, Ana-Blanca Yoller y Marixa Larreina. (Comité de Ética Asistencial de los servicios de Salud Mental de Álava). Comunicación oral presentada en el VI Congreso Nacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Sevilla, Febrero 2004.

Recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre el tratamiento ambulatorio forzoso. Asociación Balear de Salud Mental. 2004.

Sobre la pretendida judicialización de los tratamientos ambulatorios. Razones para una oposición y contrapropuesta. Fernando Santos Urbaneja, Fiscal de la Audiencia Provincial de Córdoba. 2004.

Tratamiento ambulatorio judicializado. Forum Salut Mental. Octubre de 2004.

Tratamiento ambulatorio involuntario. Juan Medrano Albéniz

Tratamiento ambulatorio involuntario. Francisco Chicharro. Rev. Norte de Salud Mental, Nº 19, 2004.

Valoración de posibles propuestas legislativas en relación con el tratamiento ambulatorio obligatorio. II Jornadas de Jueces de Familia, Incapacidades y Tutelas. Consejo General del Poder Judicial. Barcelona, septiembre de 2004.

Draft Recommendation of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder. Strasbourg, 1 st June 2004.

Reflexiones y propuestas de ADEMM Usuaris de Salut Mental de Catalunya. Enero de 2005.

Legislación comparada sobre tratamientos obligatorios. Ana Esther Sánchez. Enero de 2005.

*Profesionales
de
Salud Mental*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, con el auge del tratamiento en la comunidad de los trastornos mentales, se ha abierto el debate sobre la extensión del tratamiento involuntario a la comunidad, surgiendo a nivel internacional algunas experiencias y una corriente de opinión que solicita las correspondientes medidas legales y administrativas para su regulación. Se ha justificado como una medida para conseguir la adherencia al tratamiento sin la necesidad del ingreso hospitalario, pudiéndose producir como prolongación del mismo o incluso antes para su prevención.

Al contrario, los que se oponen a la adopción de este tipo de medidas sostienen, entre otros, los siguientes argumentos: el tratamiento involuntario no puede compensar la falta de servicios apropiados y eficaces; el tratamiento involuntario deteriora la alianza terapéutica e impide la intervención del afectado en la plasmación del programa del tratamiento; las actuaciones necesarias para la administración involuntaria de los tratamientos pueden resultar traumáticas, particularmente por la actuación policial, pudiendo suponer una “criminalización” del paciente.

En cualquier caso, la evaluación de la efectividad de ese tipo de medidas no es posible en el momento actual porque aún no existen evidencias y conocimientos suficientes en este campo (WHO, 2003). En el mismo texto se plantea que el tratamiento e ingreso involuntario, deberá darse solo en circunstancias excepcionales y la Ley así debe contemplarlo. “El derecho al consentimiento informado, a la confidencialidad, a la libre elección, y a la apelación de los pacientes contra la involuntariedad” deberá ser asimismo en toda legislación contemplado.

En ese contexto, en España, la Confederación española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), ha elaborado una propuesta de reforma del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, suscitando la presentación en el Parlamento Español, por el grupo parlamentario catalán (Convergencia i Unió), de una Propuesta de Modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos.

ART. 763-5 LEC: Podrá también el Tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un periodo de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del especialista, audiencia del interesado, informe del Forense y del Ministerio Fiscal.

En la resolución que se dicte deberá establecerse el plan de tratamiento, sus mecanismos de control y el dispositivo sanitario responsable del mismo que deberá informar al Juez, al menos cada tres meses, de su evolución y seguimiento, así como sobre la necesidad de continuar, modificar o cesar el tratamiento.

El plazo máximo de duración de esta medida será de dieciocho meses.

A nuestro juicio, la aparición de esta propuesta obedece a las siguientes causas:

1. La sobrecarga y malestar de los familiares de aquellos pacientes que sufren trastornos severos y persistentes, que en ocasiones están viviendo situaciones desesperadas.
2. La falta de desarrollo de un modelo comunitario integral de atención a la salud mental, con graves deficiencias, fundamentalmente en lo que respecta a:
 - a. Dotación de recursos de rehabilitación y dispositivos sociosanitarios (tanto residenciales como de apoyo a la integración social y laboral).
 - b. Descoordinación y fragmentación de los servicios, especialmente entre los servicios hospitalarios y comunitarios.
 - c. Falta de continuidad de cuidados con una actitud de baja responsabilización clínica y de toma a cargo de los pacientes por parte de los profesionales, que necesitan, además, tener formación adecuada para desarrollar programas de continuidad de cuidados.
 - d. Tratamientos centrados en los dispositivos y no en las necesidades reales de los pacientes, con escasez de intervenciones y asistencia domiciliaria, muy carentes en las redes asistenciales del SNS y demanda prioritaria de las Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales.
3. Falta de regulación de un Plan Integral de Atención Sociosanitaria que cubra las complejas necesidades de las personas que sufren trastornos mentales graves.

- 4 Disparidad y heterogeneidad en el desarrollo de servicios entre las distintas CCAA e incluso dentro de la misma Comunidad Autónoma.

DISCUSIÓN

Entendemos que en la actualidad nuestro ordenamiento jurídico dispone de un marco legal suficiente para garantizar la atención integral a las personas que sufren trastornos psíquicos. Son dos las Leyes que regulan estos derechos:

- A) La Ley General de Sanidad de 1986, que en su artículo 20, enumera los principios que deben regir en la atención a la Salud Mental:

“Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1.- La atención a los problemas de la salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2.- La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3.- Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4.- Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

- B) Por otra parte La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente recogiendo el espíritu del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la Biología y la

Medicina, ratificado por España y que entró en vigor el día 1 de Enero de 2000, avanza en la creación de espacios de libertad del paciente frente al sistema sanitario. En ella, partiendo de la protección del derecho básico a la salud, reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española, mediante la Estructura del Sistema Nacional de Salud, asegura el respeto escrupuloso a la intimidad personal y a la libertad individual del paciente, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan, y sin ningún tipo de discriminación.

En aquellas situaciones en las que pueda darse un conflicto de intereses y el paciente renuncie o rechaza prestar su consentimiento a una intervención terapéutica que sea necesaria por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad, y por las exigencias terapéuticas del caso, el apartado segundo del artículo 9 establece que:

“Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento en los siguientes casos:

- a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
- b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas a él”

En relación al tercer supuesto de exención de consentimiento para la aplicación de un tratamiento, recogido por la Ley General de Sanidad, que era la existencia de incapacidad para tomar decisiones, contemplada como una causa diferenciada, ha quedado refundida en el artículo 9ª 2. apartado b) de esta nueva Ley.

En los casos en los que los pacientes sean menores o no estén capacitados para la toma de decisiones la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes dedica el apartado 3, del artículo 9, a regular el consentimiento por representación.

“Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

- a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
- b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.
- c) Cuando el paciente sea menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso lo dará el representante legal del menor”.

Este apartado no especifica que el representante legal del paciente tenga que ser el tutor o que sea necesario el procedimiento de incapacitación para su designación sino que deberá preservarse la voluntariedad del propio sujeto en su designación. El Convenio de Oviedo, la Ley de Derechos de los Pacientes establece una regla general sobre el consentimiento por representación, tendente a la protección de la autonomía del paciente, de la que se infiere la subsidiariedad de la representación en la prestación del consentimiento y su fundamento ético, que dice:

“La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada las necesidades que haya que atender, siempre a favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario”.

La Ley de Autonomía del Paciente regula también las instrucciones previas, de modo que el enfermo mental, en los periodos en que se encuentra con capacidad para decidir al respecto puede dejar establecido su voluntad respecto del tratamiento o no tratamiento o nombrar incluso un representante e interlocutor frente al sistema sanitario.

Dispone el Art. 11 de la Ley de Autonomía del Paciente:

- 1.- Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad con objeto de que se cumpla en el momento en que

llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

El otorgante del documento puede designar además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o con el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

...//...

5.- Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas comunidades autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro Nacional de Instrucciones Previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En Conclusión, la AEN, en relación con la Propuesta de Modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos, hace las siguientes propuestas:

1. Esta asociación siempre se ha proclamado contraria a la promulgación de cualquier legislación específica para las personas que sufren trastornos mentales, por considerarla discriminatoria y estigmatizante. Por tanto, en esta ocasión, en relación con la regulación de los tratamientos involuntarios también nos manifestamos en contra.
2. Hasta el momento no existe suficiente evidencia científica sobre la eficacia del tratamiento obligatorio ambulatorio, ni tampoco evaluaciones concluyentes sobre los pros y los contras que lleva su aplicación.
3. En el marco Europeo no existen recomendaciones sobre la conveniencia de introducir reformas legales específicas para regular este tipo de tratamiento.
4. El texto propuesto que intenta responder a la legítima frustración y desesperación de los familiares, adolece de imprecisión, falta de criterios sobre su aplicación, no considera los riesgos de generalización, ni

tampoco delimita suficientemente las actuaciones correspondientes en caso de incumplimiento, ni los servicios que se requerirían para que tales medidas tuvieran efecto con lo que no representa una solución. Un problema de tratamiento (rehabilitación, etc) y de soporte social (alojamiento, etc) no va a ser solucionado por una Ley corriéndose el riesgo de una psiquiatrización de toda conducta anómala de los pacientes.

5. El carácter forzoso del tratamiento hace que tan solo pueda objetivarse el cumplimiento del tratamiento farmacológico, sin que se pueda garantizar la existencia o la adherencia a un plan terapéutico y/o rehabilitador. Cada día hay mas evidencias de que el tratamiento integral y/o combinado (farmacológico, psicoterapia y rehabilitación psicosocial) es el mas eficaz para los trastornos graves.
6. La “judicialización” del tratamiento puede incluso fomentar actitudes de inhibición o de “desresponsabilización” de los profesionales sanitarios por delegación en el sistema judicial. La experiencia de implantación de la “Ley de Menor” sin el desarrollo previo de los recursos necesarios introdujo en muchas comunidades mas problemas clínicos y sociales que antes de la misma.
7. La participación del paciente en la toma de decisiones, el consentimiento y pacto asistencial basado en la confianza entre los profesionales sanitarios y el usuario son ejes fundamentales en la evolución del tratamiento y posterior proceso rehabilitador.
8. El tratamiento involuntario en atención comunitaria es controvertido y tiene implicaciones en los Derechos Humanos de las personas con Trastorno Mental (WHO, 203).

PROPUESTAS

Por lo tanto NUESTRAS PROPUESTAS SON:

1. Rechazo de la modificación del artículo 763 del LEC por tratarse de una regulación legislativa específica para las personas que padecen trastornos psíquicos y no existir suficiente nivel de evidencia sobre su eficacia como para recomendar su aplicación.
2. Instar a la Administración Sanitaria el cumplimiento de la Ley General de Sanidad, artículo 20, y sus desarrollos posteriores, Ley 16/2003 de

Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que regula las prestaciones y el ordenamiento de los servicios, para desarrollar un modelo comunitario de atención a los problemas de Salud Mental.

3. Aplicación de la legislación actualmente vigente (Ley de Sanidad y Ley de Autonomía del Paciente) como marco regulador de los derechos de los pacientes y de las relaciones clínico-asistenciales en aquellas situaciones en las que pueda existir algún conflicto de intereses.

En todo caso podría considerarse que el actual Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil pase a integrarse en la Ley de Autonomía del Paciente pues una vez promulgado este texto podría no tener sentido que la regulación permanezca en la Ley de Enjuiciamiento.

Ello además contribuye a forjar la percepción de que el ingreso de los enfermos mentales es un asunto judicial cuando no lo es. La inclusión de la regulación en la Ley de Autonomía del Paciente tendría un alto valor pedagógico.

4. Cualquier propuesta de modificación o de regulación de los tratamientos forzados o no consentidos, en el caso de llevarse a cabo, debería tener un carácter general y no dirigirse de forma específica al colectivo de pacientes que sufren trastornos psíquicos.
5. La AEN creará un grupo de trabajo sobre adherencia al tratamiento del que se derivará, en el marco de la Ley General de Sanidad y la Ley de Autonomía, una guía de recomendaciones para los profesionales y sugerencias a la Administración sobre los instrumentos asistenciales necesarios para su puesta en marcha.