



SOBRE LA PROPUESTA DE REGULACIÓN DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS PSÍQUICOS

Hace algo más de dos años, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), propugnó la creación de un Comité Técnico-jurídico, en el que participaron inicialmente sólo juristas, y al que se añadieron profesionales del ámbito sanitario y social, al objeto de crear un grupo de estudio y análisis de la normativa legal existente en el ámbito de la Salud Mental y el impulso de nuevas normas y, especialmente, para arbitrar mecanismos que permitieran aplicar tratamientos ambulatorios bajo control judicial. Tras varias reuniones, y como consecuencia de diferentes estudios previos desarrollados desde la Oficina del Sindic de Greuges de la Comunitat Valenciana, este Comité elaboró una propuesta de reforma legislativa consistente en añadir un apartado nuevo al artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que explícitamente reconoce la posibilidad de instaurar un tratamiento involuntario ambulatorio.

Ello suscitó la presentación en el Parlamento Español, por el grupo parlamentario catalán (Convergència 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 (BOE de 19 de julio de 2004).

Sobre esta propuesta, en los últimos meses se ha intensificado el debate en distintos foros, perfilándose dos posturas opuestas, tanto de los profesionales de salud mental como del sistema judicial, como se ha evidenciado en unas Jornadas celebradas en Barcelona en septiembre de 2004, organizadas por el Consejo General de Poder Judicial. Las conclusiones establecen posiciones a favor y en contra del tratamiento ambulatorio involuntario, así como se resalta el consenso general en cuanto a las deficiencias del sistema sanitario actual en la atención de las enfermedades mentales, al tiempo que se sitúa el punto de discusión sobre la bondad de que una reforma legislativa pueda paliar estas deficiencias.

La AEN, que ha jugado un papel activo, y decisivo en algunos momentos, en torno a los temas de legislación, no puede ni quiere permanecer al margen de este debate. La Junta Directiva ha discutido este tema en diferentes ocasiones, vía e-mail

y de forma monográfica. La opinión varía desde los que se muestran claramente en contra a los que piensan que puede ser una medida oportuna en algunos casos. Además, ha sido el motivo de grupos de trabajo en algunas Asociaciones Autonómicas, como la Balear, y de mesas redondas en las Jornadas de varias Asociaciones Autonómicas, como las celebradas en octubre en Madrid.

En línea con lo anterior, la Junta Directiva acordó la creación de un grupo de trabajo, con profesionales expertos en aspectos jurídicos, éticos y clínicos, con el fin de hacer una revisión de la situación en otros países y procurar dar respuesta entre otras a las siguientes preguntas:

- En nuestro medio, ¿Qué aporta una medida de este tipo?.
- ¿Se podría obviar esta medida si se dispusiera de recursos suficientes para instaurar programas de seguimiento con visitas domiciliarias?.
- ¿Es suficiente un (o varios) depot al mes para que un paciente esté compensado?.
- Si se considerara necesaria la regulación del tratamiento ambulatorio, ¿dónde se incluiría?: legislación general civil, legislación sanitaria general sobre tratamientos no consentidos, o legislación específica para enfermos mentales.
- Riesgos de la medida
- Consecuencias del incumplimiento de la medida
- Tras ésta medida ¿sería posible conseguir una mínima vinculación con el paciente?.
- ¿Que se hace si a pesar de todo el paciente no acude? ¿Se le ingresa de manera preventiva? ¿se le detiene? ¿se va a su casa a intentar convencerle?.
- ¿Podría evitar una medida aún más restrictiva (y comprobada con los antecedentes previos) como son los reingresos hospitalarios, más aún si son involuntarios, y más aún si son con intervenciones «desagradables y de gran desgaste» para el propio paciente y la familia?

El grupo de expertos, tras el intercambio de la información disponible y la discusión en una reunión presencial, elaboró un documento enviado a la Junta Directiva. En la reunión de la Junta de 28 y 29 de enero se ha discutido este informe y, tras un intenso y fructífero debate, y la incorporación de algunas propuestas, se ha aprobado. El documento, por su importancia e interés, se publica en la sección de Informes del presente número, cuya lectura recomendamos desde este editorial.

Un aspecto resaltado por todos los componentes del grupo de expertos y desde la Junta Directiva es nuestra convicción de que la propuesta formulada por FEAFES de reformar el artículo 763 de la LEC para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos, obedece fundamentalmente a la falta de desarrollo de un modelo comunitario integral de atención a la salud mental, y la falta de regulación de un Plan Integral de Atención Sociosanitaria que cubra las complejas necesidades de las personas que sufren trastornos mentales graves.

Sin embargo, desde la AEN rechazamos esta propuesta al considerar, no sólo que no garantiza y/o aporta beneficios para el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales, sino que puede ser perjudicial. En nuestra opinión, el problema central y más urgente no es tanto la necesidad de reformar el marco legal, sino la insuficiencia de recursos y falta de desarrollo de servicios que hagan frente a los problemas y a las necesidades de las personas con trastornos graves y a la cuestión de la cronicidad.

Nuestro país, como señala el documento, dispone de un marco legal suficiente para garantizar la atención integral a las personas que sufren trastornos psíquicos: 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, y La ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. Esta Ley, de extraordinaria importancia y escasamente conocida y/o aplicada por los profesionales sanitarios, avanza en la creación de espacios de libertad del paciente frente al sistema sanitario.

Además, esta propuesta de reforma legislativa, al contemplarse sólo para pacientes con trastornos psíquicos, introduce de nuevo el riesgo de estigma y marginación de los pacientes mentales respecto de los demás usuarios de la Sanidad y, con ello, pone en riesgo el valor de la normativa que garantiza los derechos fundamentales de los pacientes.

La AEN siempre se ha mostrado contraria a la promulgación de cualquier legislación específica para las personas que sufren trastornos mentales, por considerarla discriminatoria y estigmatizante. Legislaciones de este tipo, a pesar de tener excelentes intenciones, como la necesidad de proteger la mayor vulnerabilidad de los pacientes, contienen también elementos discriminatorios en la medida en que conculcan el principio de igualdad de los ciudadanos ante la Ley. Por tanto, mas que proteger al paciente con trastorno mental, agravaría sus diferencias.

Por otra parte, la propuesta presentada por FEFES es imprecisa, no señala los criterios para su aplicación, no considera los riesgos de generalización, ni aborda las actuaciones a emprender para garantizar el cumplimiento. Es razonable esperar que tratándose de imponer un tratamiento contra la voluntad del paciente, las posibilidades de incumplimiento aumentarán. En ese caso, no están claras las consecuencias del incumplimiento (ingreso del paciente, incapacitación, etc).

Además, la aplicación del tratamiento ambulatorio involuntario conlleva el riesgo de simplificar el tratamiento a una intervención psicofarmacológica, cuando cada día hay mas evidencias de que el tratamiento integral y/o combinado (farmacológico, psicoterapia y rehabilitación psicosocial) es el más eficaz para los trastornos graves. También es preciso considerar las posibles consecuencias adversas de este tipo de tratamiento sobre la relación terapéutica ya que la aplicación de una medida coercitiva añade dificultades a la necesaria relación entre el paciente y el terapeuta.

Finalmente, una importante reflexión a realizar es si la promulgación de esta reforma legislativa que permitiría la aplicación de tratamientos involuntarios favorece o dificulta el empoderment del paciente. Entendiendo el proceso de empoderment como «la capacitación de las personas para tomar las decisiones en relación con su salud y sus cuidados de forma más autónoma y responsable». La aplicación del tratamiento involuntario puede fomentar la desresponsabilización de los profesionales sanitarios por delegación en el sistema judicial y la instalación del paciente en la pasividad, la dependencia y la regresión. Un modelo de atención inspirado en el empoderment trata de potenciar las capacidades propias del paciente, favorece una mayor responsabilidad en el manejo de la enfermedad y mejora la adhesión al tratamiento, e implica pasar de un modelo paternalista de relación terapeuta-paciente a un modelo de decisiones compartidas. La participación del paciente en la toma de decisiones, el consentimiento y el pacto asistencial basado en la confianza entre los profesionales sanitarios y el usuario son ejes fundamentales en la evolución del tratamiento y posterior rehabilitación.

A nivel internacional, si bien existen algunas experiencias de aplicación de fórmulas de tratamiento ambulatorio involuntario, en especial en países con tradición jurídica anglosajona, hasta el momento actual no existe suficiente evidencia científica sobre la eficacia de este tipo de medidas, ni evaluaciones concluyentes sobre los pros y los contras que lleva su aplicación (WHO, 2003). Tampoco existen recomendaciones en el marco Europeo sobre la conveniencia de introducir reformas legales específicas para regular este tipo de tratamiento, tal como se desprende del «Las recomendaciones del Consejo de Ministros para la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales», aprobado por el Consejo de Europa en el año 2004.

En esta misma línea podemos situar la «Declaración Europea de Salud Mental», suscrita por distintos Gobiernos, incluido España, durante la Conferencia Ministerial organizada por la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se celebró recientemente en Helsinki (Finlandia). Los distintos Gobiernos se comprometieron, entre otras cosas, a desarrollar servicios comunitarios, eliminar los estigmas que sufren los enfermos, fomentar su reinserción en la sociedad, ofrecer a los pacientes la posibilidad de implicarse en su autocuidado, y promover legislación que acabe con la discriminación.

M^a Eugenia Diez Fernández
Vicepresidenta de la AEN¹

¹ Nota: Parte de estas ideas son extraídas de la opinión de los miembros de la Junta Directiva de la AEN y del Grupo de Expertos formado por Dña Alicia Roig, D. Onésimo González, D. Juan Medrano, D. Fernando Santander, D. Julián Espinosa, D. Fermin Mayoral, Dña Ana Esther Sánchez, D. Fernando Santos, y D. José Leal.