

Medidas de seguridad, una reflexión desde la práctica clínica

Compulsory treatment orders, a reflection from a clinical perspective

INÉS MORÁN-SÁNCHEZ^a, SILVESTRE MARTÍNEZ BENÍTEZ^b

a) Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Cartagena (Murcia).

b) Psiquiatra. Coordinador del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario. Área VII. Murcia

Correspondencia: Inés Morán Sánchez (ines.moran@carm.es)

Recibido: 09/03/2022 ; aceptado: 29/04/2022

Resumen: Las medidas de seguridad son medidas de tratamiento obligatorio en régimen ambulatorio o de internamiento que se imponen vía judicial a personas diagnosticadas de alguna patología mental que cometen un delito sin ser plenamente libres y responsables en el momento de la acción delictiva. Exponemos la experiencia práctica de profesionales de distintos dispositivos sanitarios a donde remiten a los pacientes que son penados y tienen que cumplir una medida de seguridad. Reflexionaremos sobre sus posibles efectos en la evolución clínica, las posibles estrategias que se podrían utilizar para que no se tuvieran que llegar a emplear y la necesidad de coordinación con el sistema judicial.

Palabras clave: tratamiento psiquiátrico involuntario, aplicación de la ley, servicios de salud mental, trastornos mentales graves.

Abstract: Compulsory treatment orders are compulsory outpatient or inpatient treatment orders that are judicially imposed on persons diagnosed with a mental disorder who commit a crime without being fully free and responsible at the time of the criminal action. We present the practical experience of professionals from different health facilities that work with patients who are convicted and must follow a compulsory treatment order. We

argue their possible effects on their clinical evolution, the possible strategies that could be used to reduce them and the need for coordination with the judicial system.

Key words: Involuntary Psychiatric Order, law enforcement, mental health services, severe mental disorders.

INTRODUCCIÓN

LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD SON medidas de tratamiento obligatorio en régimen ambulatorio o de internamiento que se imponen vía judicial a personas diagnosticadas de un trastorno mental grave (en adelante, TMG) o trastorno por consumo de sustancias cuando cometen un delito en el que se considera que no son plenamente responsables en el momento de la acción (1). El Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI) consiste en aplicar de forma preventiva o alternativa al ingreso hospitalario un tratamiento obligatorio en la comunidad en varios supuestos clínicos a instancias de distintos estamentos (2). Se trata de una medida controvertida (3) que no existe como tal en nuestro país y que se ha intentado regular en varias ocasiones, siendo imposible su tramitación final ante la falta de consenso (2,4,5). Desde este artículo no pretendemos abordar la polémica de una posible implantación del TAI ni dar solución al delicado problema ético que subyace a las medidas involuntarias de tratamiento psiquiátrico en España, algo que ya ha sido ampliamente debatido (2). Nuestro objetivo es transmitir una reflexión desde la práctica clínica ante la tesitura de pacientes que cometen delitos y son penados y llegan a nuestros dispositivos para recibir una medida de seguridad de tratamiento interpuesta por vía judicial. Por lo tanto, las conclusiones alcanzadas desde este enfoque cualitativo se basan en percepciones subjetivas y provienen de series de casos pequeñas, con lo que tenemos que remarcar las dificultades para su generalización y extrapolación a otros ámbitos. Reflexionaremos sobre los posibles efectos de las medidas de seguridad en la evolución clínica, las posibles estrategias que se podrían utilizar para que no se tuvieran que emplear y la necesidad de colaboración con el mundo judicial. Expone-mos los puntos de vista de profesionales que tienen experiencia práctica en este tipo de medidas y dan su visión desde distintos dispositivos sanitarios.

MARCO LEGISLATIVO RELACIONADO

Hacemos un breve repaso del marco legal actual relacionado para saber en qué encuadre nos movemos (5). Nos movemos en el campo de pacientes con un TMG que son juzgados por un delito del que los eximen de responsabilidad y les interpo-

nen la medida de seguridad. No hablamos de medidas preventivas propuestas por profesionales ni a instancias de familiares, que son las que se han intentado regular sin éxito. Lo primero que habría que preguntarse es por la necesidad de una legislación específica para las personas con enfermedad mental que delinquen. Por ponernos en situación, la mayor cohorte de seguimiento de 20 años de más de doscientas cincuenta mil personas con patología mental publicada en el *Journal of the American Medical Association* (JAMA) en 2020 concluye que el riesgo de sufrir o perpetrar violencia era 3-4 veces mayor en los pacientes que en los más de dos millones de controles sin patología psiquiátrica (6). Dentro de los diagnósticos estudiados en ese artículo los trastornos de personalidad y los trastornos por alcohol y uso de otras sustancias fueron los que tuvieron mayor probabilidad de ser víctimas o perpetradores de delitos. Salvando las dificultades para la extrapolación a nuestro medio y la posible infraestimación del papel de víctima en el estudio (7), se trasluce una relación entre un diagnóstico psiquiátrico y el mundo judicial superior a la de las personas sin diagnóstico. Además de por frecuencia de aparición, la consideración especial en el mundo jurídico ocurre porque, para que alguien sea responsable de un delito, debe tener indemnes las facultades intelectivas y volitivas en el momento de la acción y el ordenamiento jurídico entiende que por motivos psíquicos se puede no ser plenamente libre y responsable en el momento de cometer el delito. La traducción de esta posibilidad se materializa en los artículos 20 y 21 del Código Penal, que hablan de anomalías o alteraciones psíquicas y estados de intoxicación o un síndrome de abstinencia a sustancias como eximentes o atenuantes de responsabilidad penal (8).

Mientras que en distintos países está regulada la figura legal del TAI (9-11), en España se contemplan medidas de tratamiento involuntario en régimen de internamiento o ambulatorio. El internamiento está regulado por el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (pendiente de resolución definitiva al ser declarado inconstitucional (12)), mientras que el TAI no está regulado específicamente como tal. Solo existe la figura de la medida de seguridad en el artículo 96 del Código Penal como una alternativa al ingreso en prisión tras la comisión de un delito cuando la imputabilidad está afectada por una anomalía o alteración psíquica grave, una intoxicación plena o un síndrome de abstinencia a drogas (1). Fuera de este supuesto legal, aquellos dispositivos sanitarios (13) que han aplicado/aplican¹ el TAI se acogen al artículo 7 del Convenio de Oviedo², al artículo 9 de la Ley de Autonomía

¹ Existen experiencias mantenidas en juzgados de San Sebastián, Valencia o Sevilla y experiencias aisladas en Galicia, Asturias o Cataluña.

² La persona que sufra un trastorno mental grave solo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso.

del paciente³ o a las recomendaciones del Consejo de Europa sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales (14). Estas normativas recomiendan aplicar el principio de menor restricción posible en los tratamientos y clarifican las condiciones necesarias para que se puedan ejecutar medidas de tratamiento involuntario (14–16). La efectividad del TAI, al igual que los posicionamientos al respecto, tampoco arrojan resultados uniformes. Algunos autores encuentran mayor efectividad en la reducción del número de reingresos y la duración de los mismos (17,18), aunque la mayoría no encuentran diferencias significativas cuando se comparan con pacientes tratados de forma voluntaria (10,19–21).

MEDIDAS DE SEGURIDAD EN LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

En el marco de la asistencia a las drogodependencias, la experiencia con las medidas de seguridad es más amplia (22). Son más frecuentes que en pacientes sin adicciones y existe mayor “tradicón judicial” a la hora de interponerlas. Los propios pacientes a veces solicitan venir a dejar muestras de orina en los Centros de Atención a Drogodependencias (CAD) para demostrar su abstinencia y justificar una petición de medida de seguridad en el juicio como alternativa al ingreso en prisión. Aunque es más habitual que la medida sea en régimen de internamiento en centro de deshabitación (esto varía en función de la pena impuesta y las características del delito inicial), la sumisión a medidas de seguridad ambulatorias es relativamente frecuente en la práctica diaria. Los médicos que tratan adicciones resaltan su utilidad en la adherencia al tratamiento en adolescentes con consumo de cannabis que están supervisados por los padres⁴. En el resto de los tóxicos atendidos y en las distintas franjas de edades, la respuesta es más variable. Se logra la abstinencia más mantenida y la adherencia a los tratamientos sobre todo si, además de dejar la muestra de orina, acuden a las revisiones programadas. Los médicos consultados consideran que puede ser una medida útil en algunos casos, y, aunque la motivación para el tratamiento en un principio es claramente externa, constituye una vía de entrada al sistema que les permite su puesta en contacto con otros recursos. Estos resultados son similares a los encontrados por el Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias de la Comunidad de Madrid, que ha realizado labores de mediación entre los sistemas

³ Las excepciones al consentimiento informado ocurren cuando exista riesgo para la salud pública según lo estipulado por la ley o cuando exista un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible conseguir su autorización.

⁴ Información obtenida a través de comunicaciones personales con los psiquiatras del CAD de Cartagena.

judicial y sanitario en esa comunidad. En una revisión de más de 11000 sentencias en las que se aplicaba algún eximente o atenuante por patología adictiva, se administraron cuestionarios de opinión a los jueces, fiscales y médicos implicados. Según los servicios sanitarios, la mayor parte de los penados con una medida de seguridad abandonaban en menor medida el tratamiento que el resto de los sujetos, consiguiendo un seguimiento superior a tres meses tras terminar la medida de seguridad y se facilitaba su reinserción social (23).

MEDIDAS DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL

A continuación, relataremos la experiencia y variedad de abordajes que se pueden realizar desde los servicios comunitarios de salud mental, en este caso, un Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (en adelante, ETAC) en su relación directa con la Administración de Justicia. En un ETAC se trata de forma proactiva a personas con TMG desvinculadas de los Centros de Salud Mental (CSM) y con elevada problemática psicosocial asociada, los ingredientes necesarios para que un significativo porcentaje de usuarios del mismo tengan un riesgo mayor de comisión de delitos y otras problemáticas legales, además de una mayor probabilidad de ser víctimas de delitos, aunque no nos detendremos en este supuesto en este artículo.

La experiencia del ETAC de Murcia área VII con respecto a las medidas de seguridad ha sido de diversa índole: por un lado, el seguimiento de medidas propuestas por el juzgado; y por otro, la mediación en su interposición. Esta misma se ha hecho a través de la solicitud de justicia gratuita en muchos casos, la propuesta de medidas alternativas a penas de prisión a abogados y fiscales, y también participando como testigos-peritos en los acompañamientos a los juicios de esos usuarios. Dichas medidas han sido propuestas de la siguiente manera:

1. Seguimientos en CAD: orinas y revisiones. En coordinación con ETAC.
2. Entrada en Comunidades Terapéuticas (en adelante, CT). Bien en el juzgado o en ocasiones se ha propuesto esta medida por el equipo en el Centro de Inserción Social con posterior seguimiento en CAD. Asimismo, en coordinación y con visitas de ETAC en la CT.
3. Seguimientos ambulatorios por el ETAC, es decir, continuar con las visitas que se venían realizando por el equipo.
4. Negociación con el usuario y su abogado de acuerdos intrajuicio que puedan ser de utilidad para mejorar su estado de salud mental.

Además de estas situaciones también se han realizado intervenciones dentro de prisión con la Junta de Tratamiento para proponer tratamientos o solicitudes de entrada a CT. A su vez, el acompañamiento del ETAC a los procesos penales de sus

usuarios, además de dar la oportunidad de proponer medidas de seguridad adecuadas a las necesidades de los mismos, otorga la posibilidad de poder hacer que estos mismos se sientan más cómodos y comprendan la complejidad de estos procesos, a menudo arduos y farragosos incluso para la población general.

En el marco de la asistencia ambulatoria en los CSM, el riesgo superior de ser perpetrador de delitos frente a población general (6) no se refleja en la práctica clínica diaria. Los psiquiatras consultados⁵ tildan su experiencia en las medidas de seguridad ambulatorias como esporádica y aunque la tendencia de su interposición en los últimos años es al alza, el uso de las medidas sigue teniendo un carácter anecdótico (por ejemplo, en el Área de Salud 2 del Servicio Murciano de Salud (SMS), para una población de referencia de 279.000 tarjetas individuales sanitarias (24), el número de medidas de seguridad ambulatorias ha sido inferior a 20 en los dos últimos años). La posible causa de la infrecuente utilización de dichas medidas puede radicar en que se recurra más al internamiento o se utilicen recursos penitenciarios ajenos al sistema sanitario al no valorar ningún eximente o atenuante de responsabilidad penal. Hasta la convocatoria MIR de 2022, la formación de los médicos forenses que peritan en los juzgados corría a cargo exclusivamente del Ministerio de Justicia, del que dependen los Institutos de Medicina Legal (IML) a nivel institucional (25,26). Dicha situación dificultaba la coordinación entre los servicios sanitarios y los IML a la hora de, por ejemplo, compartir información que pudiera facilitar que una persona que comete un delito cuando no es responsable de sus actos cumpla una pena en un recurso que no le corresponde. Las posibles circunstancias que concurren en valoraciones forenses de imputabilidad en situaciones de urgencia, como la premura de tiempo o la dificultad para la comunicación con los profesionales que conocen al paciente y sus circunstancias biopsicosociales, también podrían influir en esta infrautilización de las medidas, derivadas de la no aplicación de los eximentes y atenuantes de responsabilidad penal. Desde el año 2020-2021, se está compartiendo información entre los IML y el SMS a través de la plataforma AGORAPLUS, que da acceso a una parte restringida del historial clínico⁶. El acceso a la información, cuyo beneficio se podrá valorar en años venideros, se realiza cumpliendo con los requerimientos legales vigentes al respecto (16,27).

Al igual que señalábamos que en el campo de las drogodependencias son más ampliamente utilizadas, en los CSM las medidas son de aplicación más ocasional y se dan principalmente en dos tipos de supuestos: pacientes ya conocidos y personas en las que la vía judicial es el primer contacto con el sistema sanitario. En el primer

⁵ Información obtenida a través de comunicaciones personales con los psiquiatras del CSM de Cartagena.

⁶ Información obtenida por comunicación personal con los responsables de los Institutos de Medicina Legal de Murcia y Cartagena.

caso, lo habitual es que la medida de seguridad determine que se mantenga el tratamiento tal y como lo viene recibiendo y no lo abandone durante el tiempo establecido en la sentencia. Puede ocurrir que se proponga una modificación en la modalidad de la atención que se apruebe por vía judicial (por ejemplo, si fuera preciso un internamiento en algún centro o un ingreso hospitalario). Salvo en ese supuesto, hay que emitir los informes periódicos que se determinan en las ejecutorias por el tiempo estipulado en las mismas (28). Nuestra experiencia personal acumulada es que suele haber demora, a veces de años, entre el hecho por el que se juzgó a la persona en el momento de descompensación clínica y la medida de seguridad impuesta. Aplicar otro tipo de medida más restrictiva en régimen de internamiento no tendría sentido clínico y separaría a la persona de su entorno familiar y social. Ante el relato del paciente de la situación por la que va a ser juzgado, podemos establecer con su consentimiento cauces de comunicación con la Administración de Justicia. Esta intercesión puede favorecer en algunos casos que no se interrumpa un tratamiento ya iniciado y se interpongan medidas que alejarían al paciente de su entorno. Hay que tener recursos, voluntad, tiempo y paciencia, pero esta parte de gestión más allá de la consulta ordinaria es muy útil y puede tener unas consecuencias importantes en el futuro de la persona.

Si al comienzo de la ejecución de la sentencia la persona no está en seguimiento, se le indica el centro público donde iniciará el cumplimiento de la medida. Se remite oficio al CSM comunicando las actuaciones practicadas y la necesidad de emitir informes durante un tiempo determinado (normalmente entre 1 y 3 años) con una periodicidad variable (cada 3-6 meses). Nuestra experiencia es que en estos casos el abordaje precisa de intervenciones multidisciplinares, principalmente con Trabajo Social y Enfermería de Salud Mental, al ser pacientes de una gran complejidad psicosocial. La coordinación con los programas de acompañamiento para personas con TMG de organizaciones del Tercer Sector y con las unidades de rehabilitación del área también resulta de extrema utilidad. Se dan factores de riesgo añadidos en la evolución clínica por situaciones de exclusión social, con ausencia de soporte habitacional y unos recursos mínimos para poder vivir con dignidad.

ESTRATEGIAS DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

En la Región de Murcia se diseñó en 2012 un Protocolo de Coordinación de Ejecución de Medidas de Seguridad con el fin de establecer canales para la comunicación y coordinación entre los sistemas judicial y sanitario. Intervinieron el Tribunal Superior de Justicia (Secretaría de Gobierno, Decanato de Murcia, Juzgado de Vigilancia Penitenciaria e IML) y, por la parte sanitaria, la Subdirección de Salud Mental y Drogodependencia del SMS (28). Los objetivos de dicha coordinación

eran identificar los recursos sanitarios y sociales disponibles más adecuados para ejecutar la medida impuesta y protocolizar la coordinación de las intervenciones entre ambos sistemas para el seguimiento, incidencias y modificación de la medida inicialmente impuesta. Para conseguir estos objetivos se establecieron unos referentes en cada uno de los ámbitos. En el sistema judicial la referencia era el Servicio Común de Ejecución Penal y Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, y dentro del SMS la labor se centralizó en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca (29). La aplicación de las medidas ha sido irregular en las distintas áreas sanitarias. En la actualidad, está pendiente la instauración de un nuevo protocolo que reestructure la aplicación de las medidas de seguridad de internamiento y las dirija a las plantas de hospitalización de cada zona sanitaria de referencia⁷.

REFLEXIONES PERSONALES Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

El ejemplo más paradigmático de poder influir en la vida de alguien que está viviendo en la calle, sin ningún tipo de soporte, sin tratamiento y cometiendo delitos derivados de su situación clínica y que termina viviendo en unas condiciones dignas lo hemos experimentado con algunas de las medidas de seguridad. La utilización coordinada de recursos de la comunidad y el interés y la dedicación mostrada por todas las personas que han trabajado en estas situaciones han hecho posible el cambio. La puerta de entrada al sistema ha sido a través de las medidas de seguridad, y, al menos en estos casos, han servido para el fin que teóricamente están propuestas. Para que estas medidas resulten exitosas, la flexibilidad en las citas y la adaptación a las circunstancias de los pacientes ha de ser máxima (localizar a alguien que vive en la calle y que utiliza recursos municipales para aseo y no dispone de teléfono así lo requiere). Desde el punto de vista personal, son situaciones de mayor complejidad de actuación que las consultas al uso, pero también suponen una gran satisfacción y una oportunidad de aprendizaje. Aprendizaje de los engranajes legales, de conocer y utilizar los recursos del entorno, de poder utilizarlos en otras ocasiones para ayudar a que la situación no desemboque en la comisión del delito y que el enganche al tratamiento no sea por la vía forzada. Para eso hay que tener disposición y trabajar de forma conjunta con los juzgados y con el resto de los recursos. Los interconocimientos y la colaboración con los IML podrían ayudar en las peritaciones, ya que, por ejemplo, una valoración de eximente incompleta en vez de una completa computa a efectos de antecedentes penales e impide el poder acceder al permiso de residencia por razones de enfermedad sobrevenida de carácter grave (30). Con todos

⁷ Información obtenida por comunicación personal con integrantes del grupo de trabajo que elabora la Guía de Coordinación Interinstitucional para la Ejecución de Medidas de Seguridad de Internamiento en la Región de Murcia.

los cambios legales en curso y con tantas parcelas en común, oficializar los cauces oficiosos constituiría una estrategia valiosa para ayudar a los pacientes y que no tuviéramos que hablar de medidas de seguridad porque no hicieran falta o se pudiera reducir su interposición. Además de la coordinación a nivel regional, la puesta en marcha de protocolos en cada área sanitaria que contemplen la coordinación y la utilización de los recursos comunitarios de cada zona sería también de gran utilidad. Esta interrelación entre los mundos penal y de salud mental creemos que constituye una sinergia muy importante cuando se hace de forma coordinada y colaborativa. El avance y fomento de este tipo de trabajo de cooperación entre el mundo legal y el de la salud mental constituye una importante motivación para nosotros en nuestra práctica diaria y es por la que, en último término, escribimos este artículo.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer su colaboración a todas las personas que han compartido su tiempo y sus conocimientos para ayudarnos a elaborar este artículo, así como a todos aquellos con los que trabajamos en la aplicación de las medidas de seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 96. Las medidas de seguridad. España: Boletín Oficial del Estado; 1995 p. 36–7.
- (2) Gil BG. Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética. *Rev Bioética y Derecho* [Internet]. 2013;(29):109–21. [Consultado 15 de marzo 2022] Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/8089>
- (3) Moleón Ruiz Á, Fuertes Rocañín J. Opinión de los psiquiatras sobre el tratamiento ambulatorio involuntario. *Rev Esp Sanid Penit.* [Internet]. 2020;22(1):41–8. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/8089>
- (4) Posturas institucionales respecto al TAI. [Consultado 15 de marzo 2022] Disponible en: <https://www.alansaludmental.com/sm-y-ley/tai/posturas-institucionales-sobre-el-tai/>
- (5) Barrios Flores L, GRUPO EUNOMIA. El tratamiento ambulatorio involuntario: perspectiva jurídica. *News Psiquiatr Leg.* 2006;1–41.
- (6) Sariaslan A, Arseneault L, Larsson H, Lichtenstein P, Fazel S. Risk of subjection to violence and perpetration of violence in persons with psychiatric disorders in Sweden. *JAMA Psychiatry.* 2020;77(4):359–67.
- (7) Appelbaum PS. Violent victimization of adult patients with severe mental illness: the data and their limits. *JAMA Psychiatry.* 2020;10:E1–2.
- (8) Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal España. Artículos 20 y 21. Eximentes y atenuantes de responsabilidad criminal. Boletín Oficial del Estado 1995; 6–7.
- (9) Churchill R, Gareth O, Swaran S, Hotopf M. International experiences of using community treatment orders. Londres, 2007. [Consultado 15 de marzo 2022] Disponible en: <http://psychrights.org/research/digest/OutPtCmmtmnt/UKRptonC-TO.pdf>
- (10) Rugkasa J. Effectiveness of community treatment orders: The international evidence. *Can J Psychiatry.* 2016;61(1):15–24.
- (11) Maughan D, Molodynski A, Jorun Rugkåsa B. A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;49(4):651–63.
- (12) Sentencia 132/2010 del Tribunal Constitucional de 2 de diciembre de 2010 por la que se declara inconstitucional parcialmente el artículo 763.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que regula el Internamiento Involuntario. Boletín Oficial del Estado de 5 de enero de 2011.
- (13) Hernández-Viadel M, Nicolás CC, Calatayud GL, Prieto JFP, Millan RT. Tratamiento ambulatorio involuntario para personas con trastorno mental severo. Resultados de un estudio en la ciudad de Valencia. *Psiquiatr Biol.* 2007;14(1):7–12.
- (14) Recomendación CM/Rec (2009)3 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales. [Internet]. Comité de Ministros, 20 de mayo de 2009 en la 1507 reunión de Viceministros. 2009. Disponible en:

https://consaludmental.org/publicaciones/Rec_Consejo_Europa_Dchos_Humanos_SM.pdf

- (15) Instrumento de Ratificación del 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 (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Artículo 9. Boletín Oficial del Estado, 1999; pp. 36825-36830.
- (16) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado 274; p. 1-14.
- (17) Segal SP. Protecting health and safety with needed-treatment: the effectiveness of outpatient commitment. *Psychiatr Q.* 2022; 93(1): 55-79.
- (18) Segal SP. The utility of outpatient civil commitment: investigating the evidence. *Int J Law Psychiatry.* 2020;70.
- (19) Hernández-Viadel M, Cañete Nicolás C, Pérez Prieto JF, Lera Calatayud G, Gómez Beneyto M. Evaluación de la eficacia del tratamiento ambulatorio involuntario para reducir la atención hospitalaria. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2010;3(2):50-4.
- (20) Kennedy C. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 40(6): 537-8.
- (21) Barnett P, Matthews H, Lloyd-Evans B, Mackay E, Pilling S, Johnson S. Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 2018;5(12):1013-22.
- (22) Organización Mundial de la Salud. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Tratamiento y atención de las personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas que están en contacto con el sistema de justicia penal. Medidas sustitutivas de la condena o la pena. Ginebra: OMS, 2019; pp. 1-74.
- (23) Gañán Barroso A, Nuevo Gordón B. Las drogodependencias en los sistemas judicial y de tratamiento. Divergencias y puntos de encuentro. *Trastor Adict.* 1999;1(3):205-10.
- (24) Área de Salud 2 de Cartagena. Servicio Murciano de Salud. MurciaSalud. 2022. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=205645&idsec=4614>
- (25) Orden SND/948/2021, de 8 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2021 para el acceso en el año 2022 a plazas de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado; p. 110491-821.
- (26) Real Decreto 704/2020, de 28 de julio, por el que se establece el acceso al título de médico/a especialista en Medicina Legal y Forense por el sistema de residencia. Boletín Oficial del Estado; pp. 50118-501125.
- (27) Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, 2018. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf>
- (28) Vivancos Gil PA. Medidas de seguridad y salud mental. Situación actual, casuística y aspectos lógicos y operativos en su ejecución. II Jornadas Salud Mental y Jurisdicción Penal. Murcia, 2016.

- (29) De Concepción Salesa A. Medidas privativas de libertad en el ámbito de Salud Mental. II Jornadas Salud Mental y Jurisdicción Penal. Murcia, 2016.
- (30) Autorización residencia temporal por circunstancias excepcionales por razones humanitarias. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. 2021. En: <https://extranjeros.inclusion.gob.es/es/informacioninteres/informacionprocedimientos/ciudadanosnocomunitarios/hoja039/index.html>