

POR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS GRAVES DE SALUD MENTAL BASADA EN EL RESPETO DE SUS DERECHOS

Primero: Este es el tercer documento elaborado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), a propósito del debate motivado por la iniciativa de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES) en el año 2004, de llevar al Parlamento (a través del Grupo Parlamentario Catalán - Convergencia i Unió), una determinada propuesta de regulación de los tratamientos ambulatorios involuntarios (TAI) en el ámbito del derecho civil.

Después de tan prolongado debate habrá quien piense que la AEN es contraria a los tratamientos ambulatorios involuntarios lo que, como declaración general, en absoluto se corresponde con la realidad.

El tratamiento ambulatorio involuntario, como medida de seguridad impuesta por los jueces y tribunales penales al enfermo que ha cometido un delito, se encuentra regulada en el Código Penal (Artículo 105 1 – a), sin que a ello se haya hecho objeción alguna por parte de nuestra asociación, si bien no se puede dejar de constatar que los resultados de su utilización han sido bien pobres.

Cosa muy distinta son los tratamientos involuntarios sobre paciente que no ha cometido delito o infracción alguna.

En este caso el juez tiene una función muy distinta a la encomendada al juez penal.

El Juez civil no acuerda el tratamiento, éste le viene solicitado por un tercero y, como quiera que tal propuesta afecta al derecho de decidir del enfermo sobre la base de la libertad individual sin otras limitaciones que las legalmente previstas (fundamentalmente el perjuicio inaceptable de tercero), el Juez civil es garante del respeto de los derechos fundamentales del paciente y, en su caso, de que éstos no se toquen sino en la menor medida posible, de acuerdo con los principios de “menor perjuicio” y “menor tiempo”.

A diferencia del enfermo que ha delinquido, el paciente que no lo ha hecho puede oponer a la intervención sanitaria todos los derechos que detenta cualquier paciente siempre que esté en condiciones de decidir por sí o, en otro caso, haya dado, en los términos legalmente previstos, instrucciones previas para el caso de encontrarse en condiciones de no decidir por sí. (Art. 11 de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente).

Segundo: Sobre lo que la AEN ha mostrado y muestra su desacuerdo es respecto a una determinada y concreta regulación de los TAI destinada a surtir sus efectos en el ámbito civil.

Lo primero que hay que poner de manifiesto es que la regulación que se propone es innecesaria puesto que ya existe.

En el año 2002 se promulgó la Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002) en la que se contemplan los supuestos de sustitución de voluntad para el caso de que el paciente no esté en condiciones de decidir por sí. (Artículo 9)

En nuestro ordenamiento jurídico, debido a una determinada opción que se hizo en los años 80 se produce un fenómeno curioso que sigue generando muchos problemas. Es el siguiente: “Parece que no existe legislación para el enfermo mental”. Si damos por buena la afirmación de que la apariencia es la realidad que se impone, podemos concluir que la creencia de que no existe legislación para el enfermo mental es generalizada.

Pero lo cierto es que no es así.
La explicación es la siguiente:

Una vez fue aprobada la Constitución de 1978, su fuerza renovadora afectó – quizás por primera vez – al enfermo mental.

Para evitar el estigma y con especial impulso y respaldo de la AEN, se optó por no elaborar un cuerpo de legislación específica para este colectivo, sino que tuviese la misma consideración que cualquier otro enfermo. De este modo, el artículo 20 de la Ley General de Sanidad de 1986 dedicado a la Salud Mental, proclama los principios de “plena integración” y “total equiparación”. A partir de entonces la legislación en salud mental ha sido coherente con estos principios, también el recientemente promulgado Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Esta elogiada peculiaridad se da únicamente en la legislación española e italiana. En los demás países de Europa sí existe legislación específica para el enfermo mental. Consecuencia de la dispersión es la “invisibilidad” de la legislación y, derivada de ella, la creencia de su inexistencia que algunos pretenden suplir con propuestas que vengán a llenar este (irreal) vacío.

Tercero: Hay que reconocer que la propuesta de FEAFES ha sido de gran utilidad y hay que reconocerle el mérito de haber hecho caer en la cuenta a nuestros Parlamentarios (nacionales) del lamentable estado en que se encuentra el sistema de atención en Salud Mental, lo cual es aún más hiriente si se hace el contraste con la realidad de otros ámbitos del sistema sanitario que podemos calificar de excelente y con el estado general de nuestra sanidad que podemos juzgar como bueno.

Para tomar el pulso al sentir de nuestros Parlamentarios nada mejor que leer las actas de las discusiones en las Cortes. En lo que al asunto que nos ocupa son de especial interés las siguientes:

Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados del día 5 de Octubre de 2004 (Pleno) – Toma en consideración de la propuesta de FEAFES

Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados – (Comisión de Justicia) – Días 1 y 2 de Marzo de 2005 – Comparecencia de Expertos sobre propuesta de FEAFES.

Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados del día 28 de Diciembre de 2006 – (Comisión de Sanidad y Consumo) – Comparecencia de la Ministra de Sanidad (Sra. Salgado Méndez)

Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados – (Comisión de Justicia) – Día 17 de Mayo de 2007 – Comparecencias de Expertos sobre propuesta de regulación del Tratamiento Ambulatorio Involuntario en la Ley de Jurisdicción Voluntaria.

Desde el comienzo los Parlamentarios vieron claro que el mal que aqueja al Sistema de Atención en Salud Mental es muy profundo y no puede ser atajado con una medida aislada y, además innecesaria (como pone de manifiesto el Informe del Defensor del Pueblo de 11 de Noviembre de 2005) de modo que hicieron lo correcto, esto es, convocar a todas las instancias implicadas y a un grupo de expertos entre los que se encontraban dos representantes de FEAFES.

Después de muchos estudios y reuniones, el día 12 de Diciembre de 2006 vio la luz un amplio documento que recoge “La Propuesta de Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud” donde se hace una objetiva descripción de la realidad y se proponen remedios. Este documento goza de un amplio consenso.

En la ya aludida comparencia ante la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados (28 de Diciembre de 2006) la Sra. Salgado Méndez, Ministra de Sanidad, las intervenciones de todos los Grupos Parlamentarios traslucen una idea, ¡Ha llegado la hora de la Salud Mental!

Cuarto: En este ambiente y en este marco, se produjo en el mes de octubre un hecho inoportuno y perturbador en lo que se refiere a la marcha de este proceso.

El hecho es el siguiente:

Desde el Ministerio de Justicia se aprovechó el envío a las Cortes del Proyecto de Ley de Jurisdicción Voluntaria para introducir de nuevo la regulación de los Tratamientos Involuntarios (Arts. 84 a 87) estando aún en trámite la propuesta precedente y prescindiendo de las enseñanzas proporcionadas por un debate de casi tres años que había motivado plenos en el Congreso, comparencias en Comisión, en el que han intervenido altas Instancias como el Defensor del Pueblo, y que iba ya concitando el consenso entre instituciones y afectados.

Entre otras cosas se privó al Consejo General del Poder Judicial de emitir el preceptivo informe al respecto.

Esta iniciativa sorprendió a todos, empezando por el propio Ministerio de Sanidad, como deja traslucir su titular en el año 2006 (Sra. Salgado Méndez) en su comparencia ante la Comisión de Sanidad y Consumo el día 28 de Diciembre de 2006.

Quinto: Lo cierto es que tal iniciativa fue neutralizada.

Es de gran interés la lectura de las intervenciones de los distintos grupos parlamentarios a raíz de las comparencias de expertos ante la Comisión de Justicia del Congreso, celebradas el día 17 de Mayo de 2007.

Resulta especialmente llamativo como algunos grupos que inicialmente apoyaron la propuesta y regulación, se muestran ya en ese momento, contrarios a la misma.

Así por el Partido Nacionalista Vasco (PNV), su portavoz Sra. Uría Etxebarria tuvo varias intervenciones, entre ellas, los extractos que a continuación se transcriben.

Consta en el Diario de Sesiones:

La señora URÍA ETXEBARRÍA: Muchas gracias, señor presidente. Quiero dar las gracias a los comparecientes que conocen perfectamente, al igual que esta diputada, que estamos hablando de una materia que ha tenido distintas graduaciones de interés o aceptación por parte de los señores diputados a la hora de intentar su regulación. Se ha citado que se presentó una proposición de ley en tiempos pasados y hubo un trámite de comparencias previas los días 1 y 2 de marzo del año 2005, del que algunos grupos concluyeron que era abrumadoramente mayoritaria la posición de quienes no querían regulación alguna frente a quienes sí la querían

...//...

La señora URÍA ETXEBARRÍA: Muchas gracias, señor presidente.

Muchas gracias también al fiscal Santos Urbaneja. Quiero manifestarle que la postura que mi grupo sostiene en la actualidad coincide básicamente con lo que por él se ha expresado desde esta tribuna. Si bien inicialmente tuvimos una postura favorable a que se pudiese tramitar la proposición, lo que alrededor de ella hemos ido averiguando nos ha llevado a una posición distinta

En primer lugar, también a mi grupo le parece muy sorprendente, y así lo tenemos explicado en la justificación de la enmienda que pensábamos presentar para la supresión de este capítulo del proyecto de ley, que del anteproyecto al proyecto resultase introducido el texto de estos artículos y que no haya sido objeto de informe por el Consejo General del Poder Judicial ni por el Consejo Fiscal.

También nos parecía que quizá ha llegado el momento de dar mayor importancia a la normativa sanitaria en la materia, al margen de lo que podía ser judicialización sí o no, teniendo en cuenta tanto la Ley General de Sanidad - respecto a la cual siempre hay quejas de lo poco desarrollada que ha sido en cuanto a esta cuestión- como el artículo 9 de la Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente, y sobre todo la estrategia de salud mental. Me corresponde en esta legislatura ser presidenta de la Comisión de Sanidad y, por tanto, tuve el enorme agrado de estar presente en el ministerio el día que se presentó, por cierto, de manera lujosísima, por el profesor Rojas Marcos.

Las virtualidades que se arrojan ante todos estos instrumentos normativos en el ámbito de la sanidad pueden hacer que resulte prematuro intentar judicializar y que traiga más inconvenientes que beneficios un procedimiento del estilo que el proyecto de ley propone.

Además, como también él ha manifestado, el asunto ahora pivota en los recursos, en si estos son bastantes o no y en si no se conseguirían también resultados parecidos con la instauración de programas de seguimiento intensivo, programa de tratamientos de casos, gestión de casos o lo que ahora se llama tratamientos asertivos comunitarios. En nombre del Grupo Socialista intervendrá quien es profesional de la medicina, además pertenece al grupo mayoritario en la Cámara y estoy convencida de que si por todos se hace el esfuerzo de proporcionar recursos bastantes, lo que pretendemos arreglar se puede hacer por vía distinta de la inclusión de un procedimiento judicializado, aunque solo sea a través de la jurisdicción voluntaria como el proyecto prevé.

Así las cosas, la regulación de los TAI no podía prosperar.

Posteriormente se produjo otro hecho insólito, en el trámite seguido en el Senado, todo el Proyecto de Ley de Jurisdicción Voluntaria fue rechazado.

Sexto: En lo tocante a los Tratamientos Ambulatorios Involuntarios, el Grupo de Trabajo de la UEMS (Unión Europea de Médicos Especialistas) elaboró en Ginebra el 11 de octubre de 2007 una propuesta para ser discutida por la sección de psiquiatría de la UEMS el 24 de abril de 2008 en Copenhague con las siguientes conclusiones:

“Sería engañoso creer que la introducción de medidas legales para el tratamiento involuntario en la comunidad podría ser exitosa por sí misma. Debería existir también una inversión en los servicios comunitarios, especialmente en la formación y la contratación de profesionales capaces de proporcionar el tratamiento y el apoyo necesarios para los usuarios y sus cuidadores.

La sección de psiquiatría de la UEMS es consciente de que en muchos países de la UE el cuidado comunitario está aún en una etapa rudimentaria.

Aconsejaríamos que no se introdujesen medidas de cuidados comunitarios involuntarios hasta que se haya establecido y probado un sistema sólido de cuidados en la comunidad”

Esta opinión coincide con la ya anteriormente expresada por el Defensor del Pueblo en el aludido informe de 11 de Noviembre de 2005

“A juicio de esta Institución un adecuado desarrollo de los recursos sanitarios, sociosanitarios, terapéuticos y de los servicios de rehabilitación y de reinserción social en el ámbito de la salud mental (hospitales de día, centros de día, unidades de crisis psicoterapéuticas, una red de pisos, programas de seguimiento individualizado, equipos de visitas domiciliarias, prestaciones sociales, programas para incorporar a la vida laboral a los enfermos, etc.) y un correcto ejercicio de las acciones legales que contempla nuestro ordenamiento hacen innecesario que deba de proponerse una reforma del marco legal actual, pues las previsiones actuales permiten solicitar el auxilio judicial para aplicar un tratamiento involuntario a una persona que no sea capaz de prestar su consentimiento.

Séptimo: En lo que se refiere a nuestra legislación, no es difícil atisbar el modelo a seguir para la atención en salud mental y que podemos resumir en el siguiente enunciado:

“Abordaje bio-psico-social con miras a la rehabilitación y reinserción social del enfermo respetando, en caso de contar con capacidad de decisión, la autonomía del paciente sin más límites que los legalmente previstos”

El documento de Estrategia en Salud Mental pone de relieve algo conocido. Hasta ahora la atención en Salud Mental se ha dirigido a los pacientes que acuden regularmente a los Equipos de Salud Mental, mientras que el enfermo mental grave que, por carecer de conciencia de enfermedad o por opción personal, no acude a los dispositivos, se encuentra, con demasiada frecuencia, en franca situación de abandono ocasionando múltiples problemas que son padecidos en primer lugar por ellos mismos y soportados por sus familias, vecinos, etc..., no siendo infrecuente que terminen en las redes del sistema judicial-penal por hechos, generalmente no graves, que no son sino manifestación de su enfermedad.

Se percibe en algunos profesionales de los dispositivos de salud mental cierta resistencia a salir de los Centros y a actuar en el exterior lo cual, es preciso reconocerlo, no aparece facilitado debido a diversos obstáculos prácticos y a la falta de legislación que claramente contemple y organice esta actividad.

Ocurre, sin embargo, que muchos pacientes están en la comunidad y que tanto la Ley General de Sanidad en su artículo 20, como el reciente Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre que regula la cartera de servicios, prevén la asistencia domiciliaria.

Para conseguir la vinculación al tratamiento es esencial crear o, en su caso, potenciar los servicios comunitarios y los programas en red de acompañamiento al enfermo y prestar atención a sus familiares.

Cuando esto se hace, en la inmensa mayoría de los casos se logra la vinculación al tratamiento.

A estas alturas, disponemos ya de suficiente experiencia, tanto en el escenario internacional como en nuestros servicios de salud mental en distintas comunidades autónomas, que lo corroboran.

A este respecto, el problema no es la falta de referencias para saber qué hacer, sino la dificultad en conseguir la generalización de esas prácticas que han demostrado su eficacia.

Es necesario para ello, como ya se ha señalado, reforzar los servicios comunitarios de salud mental e introducir cambios sustanciales en su organización para afianzar ese carácter comunitario, con especial énfasis precisamente en la atención a esos pacientes que no solicitan y/o tienden a rechazar los tratamientos, garantizando intervención en crisis, atención domiciliaria y apoyo familiar, rehabilitación y continuidad de cuidados, y garantizando también una relación con las instituciones judiciales y las de tutela, e introducir esta dimensión asistencial en la formación de los profesionales y de los responsables de la planificación, gestión y evaluación de los servicios.

Octavo: Hay que ser conscientes de que en la actualidad, completado ya el proceso de transferencia a las Comunidades Autónomas de las competencias en materia de sanidad, deben ser las Consejerías o Departamentos de Salud de las distintas Comunidades los que impulsen el proceso y tomen las iniciativas legislativas y presupuestarias que conduzcan a la solución de los problemas. La capacidad de actuación del Ministerio de Sanidad en este punto es muy escasa, lo cual no puede hacer olvidar que existen, no solo Documentos y Recomendaciones de aplicación general, sino normativa estatal básica de obligado cumplimiento en todas las Comunidades Autónomas.

Es de destacar en este sentido la iniciativa de la Comisión de Discapacidad y Dependencias del Ilustre Colegio de Abogados de Córdoba que, con fecha 21 de Noviembre de 2008 y en ejercicio del Derecho de Petición (Art. 29 de la Constitución Española en relación con la Ley Orgánica 4/2001, de 12 de noviembre, reguladora de este derecho) ha dirigido a la Sra. Consejera de Salud de la Junta de Andalucía un amplio y fundamentado escrito que concluye con la siguiente petición:

“En virtud de todo lo anteriormente expuesto, se pide a la Sra. Consejera de Salud de Andalucía que, en uso de sus competencias y como manifestación de la especial protección debida a los enfermos mentales expresada en el art. 22-3 del renovado Estatuto de Autonomía de Andalucía, (que les hace acreedores de recursos sanitarios “especiales y preferentes”), adopte las iniciativas tendentes a la creación y dotación de equipos de salud mental comunitarios, con dispositivos de atención domiciliaria, tratamiento asertivo, seguimiento individualizado, unidades de actuación en crisis, etc..., que permitan abordar la penosa realidad actual del enfermo que no presenta adherencia al tratamiento, con las graves consecuencias de tipo social, familiar y para el propio enfermo que ello conlleva.

Noveno: Sería una cruel paradoja hablar de enfermos mentales sin contar con los enfermos mentales. Actualmente algunos de ellos están asociados. La Asociación de Usuarios de Salud Mental de Catalunya ha dejado oír su voz desde el comienzo del debate, ha elaborado documentos y ha expresado claramente su opinión. Su último comunicado concluye con una propuesta muy razonable:

PROPONEMOS...

Que se abra un debate nacional, tranquilo y sereno, tanto en el Parlamento como entre todos los implicados y que se haga extensivo a toda la sociedad, que partiendo del Artículo 20 de la Ley General de Sanidad, pueda concretarse en un “Plan Integral a nivel Nacional de Salud Mental” que impulse un MODELO biopsicosocial en la comunidad y para la comunidad, con un plan operativo para su desarrollo y las partidas presupuestarias correspondientes. Que integre y respete el marco de las competencias trasferidas a las Comunidades Autónomas.

Estamos dispuestos a colaborar y participar en cualquier proceso e iniciativa que tenga entidad y pretenda abordar la SM de nuestro país, para avanzar en su mejora.

Décimo: Cada vez va ganando más terreno entre los Familiares de Personas con Enfermedad Mental y en sus Asociaciones, que la apuesta es obtener de los responsables políticos la provisión de los recursos socio-sanitarios que están desde hace largo tiempo plasmados en la ley pero que, no obstante, su provisión sigue pertinazmente aplazada.

Mientras tanto se siguen produciendo iniciativas que, a veces desde el desconocimiento del largo proceso recorrido, plantean como novedad cuestiones y propuestas ya largamente discutidas y sobre las que existen ya amplios consensos.

Entre estas iniciativas se encuentran la procedente de la Audiencia Provincial de Alicante: Se trata de un mero protocolo de actuación sin eficacia normativa alguna.

Mucho más grave es la iniciativa legislativa surgida en Cataluña, al aparecer en el Anteproyecto de Reforma de Código Civil, en el Art. 212-2-5º una propuesta que ya ha sido rechazada dos veces a nivel estatal, como ya se ha señalado.

La AEN, una vez más, quiere dejar constancia de su rechazo a estas iniciativas que, en caso de prosperar restringirían derechos ciudadanos y distraen del verdadero debate en torno al necesario desarrollo de servicios de atención integral a las personas con trastorno mental grave.

Madrid, Enero de 2009