

# Tratamiento ambulatorio involuntario de carácter civil. Una revisión

Involuntary outpatient treatment in civil law. A review

## Resumen

En este artículo se analiza el tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) en España. También hacemos un breve repaso de él en el derecho internacional. En España no hay una legislación explícita del TAI, pero en el año 2004 el grupo parlamentario CIU (Convergencia i Unió) propuso una modificación del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil para autorizar el TAI. Surgió así uno de los temas más controvertidos sobre la salud mental de los últimos años estando aún sin resolver. Hay tres posiciones sobre el TAI: aquellos que argumentan a favor, los que argumentan en contra y los que consideran que no es necesaria una nueva legislación.

Muchos profesionales esperan que el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) minimice el denominado “síndrome de puerta giratoria”. En España, el Sistema Nacional de Salud recomendó en el año 2006 este tratamiento.

**Palabras claves:** Trastorno mental. Legislación. Tratamiento Ambulatorio Involuntario. Tratamiento Asertivo Comunitario

## Abstract

In this article, the Involuntary Outpatient Treatment (IOT) in Spain is analyzed. Also we briefly summarize the international law about it. In Spain there is not explicit legislation about OIT, but in 2004 the Parliamentary Group of CIU (Convergencia i Unió) proposed a modification of the article 763 of the Law of Civil Judgement to explicitly authorising the OIT. This arose one of the most controversial issues in mental health in the last years and nowadays it is not yet solved. There are three positions about de OIT: Those who argument for OIT, those who argument against, and those others who consider unnecessary new legislation.

Many professionals hope that Assertive Community Treatment minimize the so-called “revolving door syndrome”. This treatment was recommended in 2006 by The National Health System in Spain.

**Key words:** Mental illness. Legislation. Outpatient Involuntary Treatment. Assertive Community Treatment.

**G. Portero**

Médico Forense y  
Psicólogo Clínico.

Correspondencia:  
Dr. Guillermo Portero Lazcano  
E-mail:  
portero.g@AJU.ej-gv.es

## Introducción

Es un fenómeno bien conocido en el mundo de la psiquiatría, en el de los familiares de los enfermos y, en última instancia, en el ámbito judicial y por ende en el médico forense, el denominado como “puerta giratoria”. Muchos enfermos, y de forma paradigmática los esquizofrénicos, a lo largo de sus vidas son ingresados en Unidades Psiquiátricas Hospitalarias en múltiples ocasiones.

Aunque son variadas las causas de las descompensaciones psicóticas con aparición de brotes que requieren ingresos hospitalarios, casi siempre, de forma involuntaria, o contra la voluntad del paciente, es el abandono de la medicación y el consumo de drogas y, en general, la falta de control y tratamiento psiquiátrico por ausencia de conciencia de enfermedad, en un porcentaje no desdeñable de casos (no en todos), lo que determina ese fenómeno de ingreso-alta-ingreso-alta... conocido como “puerta giratoria”.

Fecha de recepción:  
25-FEB-2010  
Fecha de aceptación:  
8-MAR-2010

El tratamiento, en sentido amplio del término, es decir; teniendo en cuenta la dimensión bio-psico-social del enfermo es fundamental en los trastornos mentales, estando bien documentadas las consecuencias de su falta en las psicosis, siendo la esquizofrenia el trastorno más representativo. El descubrimiento y aplicación clínica de los neurolepticos supuso un cambio significativo en el curso y pronóstico de la esquizofrenia. Hay documentación bien acreditada de que el mantenimiento del tratamiento farmacológico en la esquizofrenia disminuye las recaídas<sup>1</sup> y, por consiguiente, las hospitalizaciones así como el progresivo deterioro que conlleva la sucesión de brotes.

Aunque las conductas violentas en la esquizofrenia se relacionan con múltiples factores y, por lo tanto, no se puede hablar de homogeneidad de la violencia en los esquizofrénicos<sup>2</sup>, parece admitido y contrastado por la mayoría de los expertos que los síntomas positivos (alucinaciones y delirios) tienen alguna relación con la conducta violenta en algún subgrupo de esquizofrénicos (Kaplan & Sadock<sup>3</sup> *“El comportamiento violento (a excepción del homicidio) es frecuente en los enfermos de esquizofrenia que no siguen ningún tratamiento...”*).

Además, el tratamiento y control médico especializado incide en la reducción del riesgo suicida. El suicidio en la esquizofrenia se relaciona con factores como: patología dual, depresión asociada, desesperanza, intentos previos de suicidio, pero también la poca adherencia al tratamiento ha sido un factor influyente<sup>4</sup>. Aunque los neurolepticos clásicos no parecen tener un efecto significativo en la reducción del riesgo suicida, los antipsicóticos atípicos, sobre todo, la clozapina, sí parecen ser relevantes<sup>5</sup>.

Pero el tratamiento para la esquizofrenia no sólo es el farmacológico sino que es necesario complementarlo con otros como la psicoterapia individual, grupal, con familiares, de rehabilitación, etc. que contribuyen de forma significativa a una mayor y mejor integración del enfermo a la comunidad.

Así pues, un tratamiento integral es fundamental para evitar el deterioro progresivo del enfermo controlando sus recaídas, disminuyendo los riesgos auto y heteroagresivos.

En esta revisión nos vamos a referir al Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI), entidad que no está expresamente regulada en nuestro ordenamiento jurídico. Descartamos otros tipos de tratamientos involuntarios como los que derivan de una causa penal como medida de seguridad regulados en el código penal en los art. 105 y ss. (“De las medidas no privativas de libertad”) ni al impuesto en sentencia de

incapacitación, ni, por supuesto, al tratamiento derivado del ingreso psiquiátrico involuntario regulado por art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC). El TAI es también conocido con distintos nombres en otros países. Así, nos podemos encontrar con las siglas en ingles: CTO (Community treatment Order), IOT (Involuntary Outpatient Treatment) IOC (Involuntary Outpatient Commitment) CCT (Compulsory Community Treatment) CAT (Compulsory Ambulatory Treatment) AOT (Assisted Outpatient Treatment), etc. que hacen prácticamente referencia a lo mismo: aplicación de un tratamiento involuntario en un medio ambulatorio (en la comunidad).

## Antecedentes internacionales del TAI

No vamos a hacer un repaso exhaustivo de la implantación del TAI en los diversos países del mundo. Únicamente significar que son varios los países occidentales que lo aplican.

La aparición en los EEUU<sup>6</sup> comienza con un periodo inicial en los años 60-70 como una forma menos restrictiva y alternativa a la hospitalización, para aumentar la autonomía de los pacientes y para reducir la hospitalización involuntaria. El segundo periodo, a partir los años 90, pretende responder al denominado “revolving door syndrome” (síndrome de la puerta giratoria) en el que se producen múltiples readmisiones hospitalarias y deficiencias de tratamientos en la comunidad en muchos enfermos que habían sido dados de alta tras su paso por el hospital. De este último periodo data la denominada Ley Kendra de New York de 1999 en referencia a Kendra Webdale, joven de 32 años que fue arrojada al metro de esa ciudad por Andrew Goldstein, enfermo mental de 29 años que tenía un amplio historial de ingresos psiquiátricos y conductas violentas. Con la mencionada Ley se instaura en el Estado de New York el tratamiento ambulatorio involuntario<sup>7</sup> (*Assisted Outpatient Treatment*). La Ley Laura de California surge de forma similar a la Ley Kendra. Laura Wilcox era una joven de 19 años que fue asesinada por Scott Harlan Thorpe de 41 años, enfermo mental crónico que se resistió a ser sometido a tratamiento a pesar de los intentos de su familia. En 2002 pasó a ser regulado el tratamiento ambulatorio involuntario en California<sup>8</sup>.

Canadá dispone de hasta 12 Actas de salud mental distintas que regulan el tratamiento ambulatorio involuntario. En general, todas pivotan bajo el concepto de tratamiento en “el entorno menos restrictivo”<sup>9</sup>. Nadie debería ser ingresado en el Hospital si el tratamiento puede llevarse a cabo en la

comunidad. Hay dos tipos de Tratamientos obligatorios comunitarios: 1) como condición para ser dados de alta del Hospital. 2) los directamente ordenados sin pasar por el Hospital. Los diferentes estados tienen contextos legales y condiciones distintas según cada acta.

En Nueva Zelanda está regulado a través del Acta 1992 sobre la salud mental. En la sección 29 lo define como “*Community Treatment Orders (CTO)*”<sup>10</sup>. Community Treatment Orders facilita el tratamiento en un ambiente menos restrictivo en el supuesto que, idealmente, la obligación a tratamiento debiera iniciarse en la comunidad. Son necesarios dos requisitos: la existencia de una enfermedad mental (“continua o intermitente”) y la existencia de un riesgo de daño para sí mismo o para los otros. Durante el primer año de tratamiento hay revisiones clínicas trimestrales y judiciales a los seis y 12 meses. La orden puede ser revocada y puede ser ordenado su ingreso a instancias del responsable clínico.

Australia dispone desde hace ya más de 20 años de tratamientos obligatorios en la comunidad. Si bien, es en la década de los años 90 cuando proliferan las reformas de las CTOs. Más del 20% de los usuarios de los servicios de salud mental en la comunidad de Vitoria son pacientes involuntarios y cerca de 3000 personas están bajo las CTOs<sup>11</sup>. En Vitoria las órdenes de tratamiento ambulatorio son hechas por los psiquiatras pero revisadas por un equipo multidisciplinar: letrado, psiquiatra y miembros de la comunidad. El paciente puede apelar y deberá ser escuchado. Al igual que la mayoría de las CTOs las condiciones de tratamiento especifican la necesidad del mismo, la existencia de enfermedad mental, la ausencia de competencia para decidir, seguridad de sí mismo y la de los demás.

En el Reino Unido<sup>12</sup> el tratamiento ambulatorio involuntario está regulado por el Acta 2007<sup>13</sup> de salud mental (Capítulo 4: Tratamiento comunitario supervisado). El acta anterior (1983) regulaba también los tratamientos obligatorios, pero se limitaban a los hospitalarios. Se estima que alrededor de 11300 personas pueden estar sometidas a CTOs en Inglaterra y Gales. El Acta de 2007 articula las diversas condiciones para su aplicación. Evidentemente, la principal, que representa una condición necesaria, es que el tratamiento sea el apropiado y necesario al paciente en cuestión. Entre otros, también establece los objetivos de inclusión: asegurarse el tratamiento, prevenir el riesgo de daño para sí mismo y para otros. El periodo de tratamiento inicialmente es de 6 meses. El paciente puede ser reingresado en el Hospital si lo requiere.

A nivel europeo otros países posibilitan los TAI<sup>14</sup> como por ejemplo Italia, Portugal o Francia.

Por último, otro país que también tiene regulado el TAI es Israel a través del Acta del Tratamiento de Pacientes Mentales de 1991 que capacita al psiquiatra de distrito (psiquiatra designado por el Ministerio de Salud) y encargado por ley para ordenar el tratamiento obligatorio fuera del hospital<sup>15</sup>. El tratamiento puede ser ordenado como una condición para el alta hospitalaria o como una alternativa a la hospitalización.

Una rápida conclusión que podemos extraer de las distintas modalidades de tratamiento ambulatorios en el mundo, e incluso, dentro de un mismo País según los diferentes estados que los componen, es que presentan diferencias y similitudes. Entre las diferencias podemos advertir las que hacen referencia a las justificaciones para su implantación: impedir el deterioro psico-físico, para proteger al enfermo o al resto de la comunidad (criterio de peligrosidad), grado de intervención de la autoridad judicial y los servicios asistenciales psiquiátricos, periodos de duración, etc. También según las modalidades<sup>1,16</sup>:

- Como liberación condicional del paciente hospitalizado. Si el paciente incumpliera el compromiso del plan de tratamiento, el médico podría rehospitalizar al paciente.
- Como medida menos restrictiva que la hospitalización.
- Como intervención preventiva.

Pero también encontramos algunos elementos compartidos. Entre ellos, caben señalar:

- Se trata de enfermos mentales graves.
- Escasa adherencia al tratamiento.
- Frecuentes recaídas con los consiguientes ingresos con riesgos auto y heteroagresivos.
- El TAI sería beneficioso y factible.
- El entorno es menos restrictivo que el hospital.

## El tratamiento ambulatorio involuntario en España

El TAI ha supuesto un debate polémico en los últimos años tanto a nivel jurídico como médico. En el ámbito jurídico, la Judicatura está dividida ya que hay Magistrados que siendo “competentes” en esta materia (jurisdicción civil) lo aplican invocando razones y articulados diversos. Otros, por el contrario, entienden que no hay una cobertura legal clara para

poder aplicarlos. Del mismo modo, encontramos divisiones en la Fiscalía en la que expertos en la materia se posicionan en posturas contrarias. Desde el ámbito médico, sobre todo, la psiquiatría, las diferencias no solo son a título individual, sino que también las Asociaciones o Instituciones manifiestan enfrentamientos. Así por ejemplo, con matices, la Asociación de Psiquiatría Legal se muestra a favor, mientras que la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) se posiciona en contra.

La polémica, aunque venía de tiempo atrás, se hace más explícita cuando en Octubre del 2004 el Grupo Parlamentario CIU presenta en el Parlamento la iniciativa de FEAFES (Asociación Nacional de Familiares de Pacientes con Enfermedad Mental) de ampliar el artículo 763 de la LEC que actualmente regula el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico a un 5º punto (que pasaría a llamarse: "Tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico") en los siguientes términos:

*"Art. 763. 5. 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 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 esa medida será de dieciocho meses."*

Para llegar a esta propuesta, FEAFES recorre un camino previo donde distintos profesionales trabajan recopilando y discutiendo aspectos relacionados con el TAI. Los principios que consideran de interés son los siguientes:

- Ser objetivamente beneficiosos para el interés del afectado.
  - La medida debe ser respetuosa con los derechos humanos.
  - La medida debe ser flexible y proporcionada.
  - El tratamiento debe, en todo caso, ser administrado para el beneficio directo del paciente, tendente a una mejora objetiva de su calidad de vida.

- Ser subjetivamente beneficiosa para el paciente.
  - Evaluación constante de capacidad del sujeto.
  - Consideración de su sistema de valores, es decir, el respeto de sus deseos y opiniones.
  - Evaluación de la estimación que hace el individuo de su calidad subjetiva de vida en función del carácter ordinario o extraordinario del tratamiento en cuestión.

También se apuntan otros principios derivados:

- Principio de eficacia o idoneidad.
- Principio de atención inmediata.
- Principio de revisabilidad.
- Principio de la alternancia menos restrictiva.
- Principio de individualización.

Empiezan a manifestarse –aunque ya con anterioridad se había trabajado sobre el tema– las posiciones encontradas esgrimiéndose los argumentos por ambos lados. Santander Cartagena 2006<sup>17</sup> esboza los principales argumentos a favor y en contra (Tabla 1).

La AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría) en el Documento aprobado por su Junta Directiva en reunión de fecha 28-29 de Enero de 2005 en Madrid<sup>18</sup> entre otras conclusiones, se observan las siguientes: se posiciona en contra de cualquier regulación específica para enfermos mentales por ser discriminatoria y estigmatizante. Critica la eficacia del TAI al no existir evidencia científica determinante. Apuntan los defectos de la propuesta de regulación al no precisar con claridad los criterios de inclusión, riesgos de generalización, ni la actitud ante el incumplimiento, etc.. Puede afectar a los Derechos humanos de los enfermos mentales. La "judicialización" puede entrañar efectos negativos en los profesionales de la salud (inhibición, desresponsabilización). Solo se objetiviza el tratamiento farmacológico... Propone en el mismo documento un rechazo a la modificación del art. 763 de la LEC, o, en todo caso, que pasara a estar integrado en la Ley de Autonomía del paciente (Ley 41/02), instando a la aplicación de esta ley así como a la Ley General de Sanidad y sus desarrollos posteriores. Se rechaza que existan regulaciones específicas sobre tratamientos forzados para los enfermos mentales (en todo caso debieran tener un carácter general). Por último, se comprometen a elaborar una guía de recomendaciones para profesionales y sugerencias a la Administración sobre los instrumentos asistenciales necesarios para su puesta en marcha y ello en el marco de la Ley General de Sanidad y la de Autonomía del Paciente.

<i>A FAVOR DEL TAI</i>	<i>EN CONTRA DEL TAI</i>
La falta de conciencia de enfermedad es un síntoma en sí mismo	No se ha demostrado que sea suficientemente efectivo
No se ha demostrado que tenga efectos perjudiciales	Es una solución solo aparentemente fácil a un problema complejo
Frente al ingreso: favorece el tratamiento en un entorno menos restrictivo	Es la respuesta despavorida a un problema mal planteado
Responsabiliza al clínico de la evolución del paciente	Convierte el tratamiento comunitario en custodial
Permite que se puedan evitar recaídas y reingresos	Destruye la relación terapéutica
Mejora la calidad de vida del paciente	Es discriminatorio y supone un riesgo de estigmatización de pacientes y profesionales
Evita que pacientes incompetentes abandonen el tratamiento	Es una medida demasiado drástica
Prioriza la atención a los casos mas graves. Acerca los servicios a los pacientes mas necesitados	Interfiere el derecho a rechazar el tratamiento
Es una de las consecuencias inevitables de la desinstitucionalización	Hace énfasis en el control más que en la asistencia
Se basa en la obligación social de atender y ayudar a los enfermos graves, aunque no lo deseen	Se desvalorizan razones competentes para no aceptar ser tratado
Puede favorecer la potenciación de servicios comunitarios	Intimida a los pacientes, por lo que acudirían a tratamiento más/demasiado tarde
	Conlleva dificultades prácticas: implementación de medidas complementarias judiciales y policiales difíciles de aplicar
	Al imponer, reduce la posibilidad de negociar/consensuar con el paciente
	Conlleva el riesgo de que sirva para ejercer control social de personas con conductas desadaptadas
	Podría originar que los hospitales se llenasen de pacientes no cumplidores

**Tabla 1.**  
**Principales argumentos a favor y en contra del TAI.**  
(Santander Cartagena 2006<sup>17)</sup>)

La Sociedad Española de Psiquiatría Legal, sin embargo muestra una postura contraria, si bien, estableciendo algunas consideraciones. Así, en lo que denomina TODNV (Tratamiento u Observación para Diagnóstico No Voluntarios), recomienda en su punto 1º que podría ser una medida beneficiosa, si bien en su punto 2º también hace alusión a la falta de recursos dedicados a la salud Mental. Un aspecto clave, que en no todos los autores se aprecia, al menos, con meridiana claridad, es el que hace mención en su punto 3º cuando establece que sólo sería aplicable a personas que por su grave psicopatología no tuvieran competencia para decidir sobre el cuidado de su salud mental. Prosiguen con una serie de recomendaciones que se pueden consultar en su página Web<sup>19</sup>.

Desde el mundo de la psiquiatría, autores españoles a nivel individual, han venido publicando en diversos medios sus posiciones. López y Laviana<sup>20</sup> expresan su posición en contra sobre la regulación jurídica del TAI por ser: 1) inadecuada, 2) insuficiente y 3) contraproducente. Proponen hacer efectivos las disposiciones de la Ley General de Sanidad y desarrollar los servicios sanitarios y de apoyo social. Apuntan la posibilidad de incluir la regulación propuesta en la Ley de Autonomía del Paciente.

González Álvarez<sup>21</sup> tras hacer un repaso sobre la normativa jurídica, principalmente, en materia sanitaria, asevera: "A mi entender la reforma es innecesaria dado que las intervenciones clínicas sin el consentimiento de los pacientes, para todo tipo de pacientes,

están contempladas en la Ley 41/02 de Autonomía del paciente, particularmente en su artículo 9\*”.

Autores como Medrano<sup>22</sup>, Chicharro<sup>23</sup> ó Santander<sup>17</sup> muy críticos con el TAI, advirtiendo sobre los peligros del mismo, dejan sin embargo, una puerta abierta para situaciones concretas.

En posiciones contrarias están autores como Hernández-Viadel y cols que en dos artículos (uno original<sup>24</sup> y una revisión<sup>25</sup>) se posicionan a favor de la regulación del TAI y ofrecen resultados positivos de su experiencia (disminución del número de urgencias, disminución del número de ingresos y del número de días de hospitalización). Aunque reconocen los déficits metodológicos de su estudio (muestra pequeña y ausencia de grupos de comparación) su posición es favorable a los TAls. Me parece relevante cuando en ambos trabajos subrayan: *“Es posible que estos resultados se consigan también con la instauración de programas de seguimiento intensivo. Ridgely (2001) encuentra en la literatura evidencias de que tratamientos alternativos basados en la comunidad, como el uso de programas de tratamientos asertivos en la comunidad, que son intervenciones intensivas, pueden producir buenos resultados en personas con enfermedad mental severa. En realidad no se trataría de sustituir un tratamiento intensivo ambulatorio por el TAI, sino de complementar una intervención con otra.”*

También argumenta a favor Martín Vázquez<sup>26</sup> cuando concluye “... creo que esta medida puede ser beneficiosa para un porcentaje de pacientes, no muy elevado, pero que causan no pocos sufrimientos a sí mismos y a sus cuidadores”.

Por último, y dentro de nuestro País, para no ser exhaustivos, Romero Cuesta y Gorrotxategui Larrea<sup>27</sup> sin decantarse por ninguna posición, siguen planteando debatir desde una perspectiva ética sobre todo tipo de tratamiento coercitivo. “Por ello, resulta imprescindible crear marcos de reflexión que permitan establecer acuerdos, racionales y fundamentados entre los sanitarios, los pacientes, los administradores y la sociedad, acerca de lo que en cada situación concreta parece más adecuado hacer, siempre respetando mínimos éticos exigibles a todos por igual”.

Desde el mundo jurídico, como ya hemos expresado anteriormente, también hay posiciones encontradas. Dentro de la fiscalía, Santos Urbaneja<sup>28</sup> critica la propuesta de FEAFES al considerar que es necesario primero propiciar el desarrollo de la atención integral y comunitaria del enfermo mental. También propone, en todo caso, una regulación legal de todos los tratamientos no consentidos y no sólo los que afectan a los enfermos mentales.

En una posición antagónica se encuentra Ferreirós Marcos<sup>29</sup> quien tras un exhaustivo repaso al derecho comparado y a la legislación española, entre sus conclusiones destacamos la 17ª cuando dice *“...A mi juicio, la regulación respeta completamente el Convenio, la Recomendación y los patrones de protección más elevados de nuestro Derecho, configurando un estándar de protección más elevado incluso que el caso de los internamientos”*. En la conclusión 18ª, establece *“La regulación de los tratamientos involuntarios no da respuesta a los innumerables problemas que hemos citado como el estigma, la dificultad de acceso a un acceso a un empleo o a un sistema adecuado de recursos sanitarios y sociales. Constituye sólo una herramienta más dentro de un conjunto para la atención de un grupo de casos cuantitativamente pequeño pero cualitativamente importante”*, y en la conclusión 19ª, dice: *“Su carácter es excepcional y no constituye en modo alguno un sistema (que viene regulado en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad). Sólo puede aplicarse conforme a los principios de necesidad y proporcionalidad que guían estas medidas en todos los ordenamientos de las naciones democráticas”*.

Otras fiscalías como la valenciana han sido y siguen siendo defensora de los TAls.

La Judicatura no es ajena a la polémica. Destaca como importante impulsora y defensora de los TAI, la Magistrada Aurora Elosegui del Juzgado de Primera Instancia nº 6 de San Sebastián que ha sido pionera en su aplicación reportando, en todos los foros donde asiste, sus resultados positivos. También hay otros juzgados enclavados en otras comunidades que los vienen aplicando. Entre los principios que se

\* **Artículo 9**

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en 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 de hecho a él.

esgrimen para su aplicación está el ya clásico “*quien puede lo más puede lo menos*”, que viene a significar que si se puede autorizar un ingreso involuntario que siempre es más restrictivo que un tratamiento ambulatorio, por lógica, este último, también puede autorizarse, siempre y cuando se garanticen otros principios: como el de necesidad, falta de competencia del enfermo, principio de no exceso, respeto a la dignidad y derechos humanos, principio de revisabilidad, de idoneidad de medios, etc.

A nivel internacional, en los propios países que lo tienen instaurado también se hacen críticas similares, sobre la efectividad, López Álvarez<sup>30</sup> citando una revisión Cochrane 2007, los pone en duda. Snow y Austin 2009<sup>31</sup> estudian los aspectos éticos, Link, Castille y Stuber<sup>32</sup> abordan el problema de la estigmatización e incluso Ajzenstadt y cols.<sup>15</sup> cuestionan si los TAI son tratamientos o una forma de control de los enfermos mentales por el estado.

El debate producido en España con sus dos posiciones antagónicas llega hasta al Defensor del Pueblo que tras oír a las partes elabora un informe el 11 de Noviembre 2005 que envía al Ministro de Justicia en el que se adhiere a las posturas mantenidas por la AEN y, en general, por los que se

posicionan en contra de la regulación del TAI, cuando expresa: “*A juicio de esta Institución un adecuado desarrollo de los recursos sanitarios, socio-sanitarios, 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 psicoterapéutica, 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 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*”.

Sin embargo, el Gobierno aprueba en el Consejo de Ministros de Julio de 2006 el Proyecto de Ley de Jurisdicción voluntaria<sup>33</sup> que sorpresivamente es retirado cuando se iniciaba el trámite en el Senado. En el mencionado proyecto se regulaban los tratamientos no voluntarios en su Capítulo IX art. 84 a 87\*\*.

Es significativo, sin embargo, el viraje que FEAFES ha tomado en los últimos tiempos renunciando a

**\*\* Artículo 84.** Ámbito de aplicación.

*Se aplicarán las disposiciones del presente capítulo a los supuestos en los que sea necesario autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un período de observación para diagnóstico, ante la falta de capacidad de decisión del paciente y cuando así lo requiera la salud del enfermo.*

**Artículo 85.** Legitimación.

1. Podrán promover este expediente el cónyuge del paciente o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, descendientes, ascendientes o hermanos del enfermo, tutores, curadores o titulares de la patria potestad del mismo, así como el facultativo que atienda al paciente o responsable del servicio de salud mental al que el mismo esté adscrito.
2. Igualmente, podrá promover el expediente el Ministerio Fiscal, si las personas mencionadas en el apartado anterior no existieran o no lo hubieran promovido.

**Artículo 86.** Solicitud y procedimiento.

1. La solicitud de autorización de tratamiento no voluntario para el enfermo psíquico se realizará mediante propuesta razonada sobre la situación de incapacidad del paciente, el tratamiento al que está sometido y la situación de incumplimiento del mismo.
2. Admitida a trámite la solicitud por el Juez, el Secretario judicial, en el plazo máximo de 24 horas, citará a la comparecencia al solicitante, al paciente, así como al Ministerio Fiscal. En todas las actuaciones, el paciente podrá disponer de defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
3. En todo caso, y de no haberse aportado antes, el Juez recabará informe sobre la falta de capacidad de decidir del paciente, la información clínica del mismo y el plan de tratamiento actual. Igualmente se recabarán informes del Forense, y se podrán acordar de oficio, o a instancia del solicitante o del paciente y del Fiscal las pruebas que se estimen relevantes para el caso, en orden a determinar la falta de capacidad para decidir del paciente, su situación clínica y la necesidad del tratamiento.

**Artículo 87.** Resolución.

1. En la resolución que se dicte mediante auto motivado, deberá tenerse en cuenta la información clínica del paciente suministrada por el informe médico, así como establecerse el plan de tratamiento farmacológico, psicosocial y terapéutico en función de la severidad o gravedad del trastorno psíquico.
2. Asimismo, se establecerán los mecanismos de supervisión y control de las medidas acordadas, 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, en su caso, cesar la continuidad de estas medidas. El Tribunal podrá acordar que los informes periódicos sean remitidos en plazos inferiores, atendida la naturaleza del trastorno psíquico.
3. En todo caso, por prescripción facultativa podrá cesar el tratamiento impuesto, debiéndose comunicar esta medida al Juez.
4. En el caso de autorización de un período de observación para diagnóstico, el informe deberá remitirse al Tribunal en el plazo máximo de dos meses, tras los cuales se podrá solicitar, si procede, la autorización del internamiento o de tratamiento no voluntario con arreglo a los artículos anteriores.

cualquier modificación del marco normativo estatal específico para regular el TAI<sup>34</sup>. Hay que recordar que fue FEAFES quien instó a través del grupo parlamentario de CIU, la propuesta de modificación del art. 763 de la LEC. Para fundamentar ese cambio se ha acogido a tres herramientas legales:

- Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud aprobada por unanimidad por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en Diciembre de 2006<sup>35</sup>.
- Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre mediante el que se aprueba la Cartera de Servicios en Salud Mental<sup>36</sup>.
- La ratificación por España en 2008 de la Convención Internacional sobre Derechos Humanos de las personas con Discapacidad de Naciones Unidas<sup>37</sup>.

Sin entrar en detalles de los citados instrumentos legales, todo apunta hacia el derecho de los pacientes y a la obligación de las Administraciones Públicas de proporcionar al enfermo mental (ya que es el caso que nos ocupa) una atención integral y multidisciplinar, también en el medio comunitario. En el fondo, desde un punto de vista conceptual, no hay cambios respecto a las posiciones mantenidas por los contrarios a la regulación legal del TAI, que proponían la aplicación de normas ya existentes y, en todo caso, haciendo hincapié en su desarrollo sobre la base de un perfeccionamiento de la atención en la comunidad al enfermo mental. La diferencia estriba en que ahora se han promulgado instrumentos legales más explícitos que apoyan esa perspectiva.

Existen diversos tipos de tratamientos para pacientes en la Comunidad<sup>38</sup> como Case Management (clínico e intensivo). Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), Modelo de Competencias y Modelo de Rehabilitación. Para los “sin techo”, en USA y Australia, principalmente, se utilizan también los programas de Alojamiento y Apoyo (Housing and Support) que para este tipo de casos concretos enfermos mentales “sin techo” han sido los más efectivos<sup>39</sup>.

El llamado tratamiento asertivo comunitario (TAC) es uno de los dos modelos de referencia propuestos por Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en Diciembre de 2006<sup>35</sup> (el otro es: “Los programas de continuidad de cuidados”). En última instancia se pretende una atención integral en la comunidad acercando los servicios asistenciales al paciente, con la noble aspiración de aumentar la adherencia al tratamiento y reducir el fenómeno de puerta giratoria y todas las consecuencias que de ello se derivan.

El TAC comienza su andadura en los años 70 de la mano de Leonard Stein y Mary Ann Test en Madison (Wisconsin)<sup>40</sup>. El modelo inicialmente pretendía ser una alternativa de tratamiento en la comunidad a los llevados a cabo en el hospital, asegurando que el paciente recibiera todos los servicios necesarios para funcionar óptimamente con la mejor calidad de vida posible. Para ello se pensó en equipos multidisciplinarios (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, rehabilitadores, etc.) con atención las 24 horas. La ratio pacientes/equipo era pequeña (10:1). El tratamiento no era solo el farmacológico, sino integral, incluyendo aspectos como enseñar al paciente a comprar, cocinar, etc. A partir de ese modelo inicial se han ido implementando otros que incluyen pequeñas diferencias, persistiendo su núcleo fundamental.

Bond and cols<sup>41</sup> en una revisión de 25 estudios sobre el TAC valoran 11 parámetros. Solo en dos estudios y en dos parámetros se aprecian peores resultados: mantenimiento del domicilio y encarcelamiento o arrestos. En el resto, el TAC ha mostrado mejores resultados que los controles. La mayoría están de acuerdo en que el TAC reduce sustancialmente el ingreso psiquiátrico (principal efecto), mejora la estabilidad domiciliaria, mejora moderadamente los síntomas y la sensación subjetiva de calidad de vida. Los pacientes tienen mayor adherencia al tratamiento. Resultados menos aparentes se encuentran en el dominio “funcionamiento social”. Como críticas se han esgrimido la coerción y el paternalismo. Del estudio de Bond y cols, solo en un estudio se considera que el TAC es demasiado intrusivo o generador de dependencias.

En nuestro País se han desarrollado TAC en diversas comunidades<sup>42,38,43</sup>; si bien, al igual que en otros lugares se han ido modificando aspectos de su inicial diseño en Madison, adaptándolas a las necesidades particularidades de cada País.

## Conclusiones

Hemos pretendido hacer una revisión general del tratamiento ambulatorio involuntario y hay que reconocer que desde que se inicia la polémica hasta la actualidad, tal y como reconoce FEAFES, se han introducido en nuestro ordenamiento jurídico algunos instrumentos que indudablemente mejorarán, cuando estén implantados y desarrollados, el tratamiento de aquellos pacientes, principalmente psicóticos que, de no actuar sobre ellos mediante tratamientos como el Tratamiento Asertivo Comunitario, estaríamos ante el fenómeno de puerta giratoria

ya mencionado con las implicaciones y problemas que conllevan, en primer lugar, para el propio paciente y, en segundo lugar, para el resto de la sociedad entre los que hay que destacar preferentemente a sus familias.

Sin embargo, seguiría existiendo un grupo de pacientes, evidentemente mucho menor, que el que existiría de no implementar las medidas de tratamientos comunitarios, que se quedarían fuera del ámbito biopsicosocial. Cabe pues, plantearse si el desarrollo de las medidas sociosanitarias de carácter integral dirigidas a frenar el problema de estos enfermos debe invalidar el debate sobre el TAI bajo supervisión de la autoridad judicial que sería, en último extremo, la legitimada para imponerlo.

Parece que todavía aún con un adecuado desarrollo del tratamiento comunitario habría que tomar medidas, incluso, sin o contra la voluntad de algunos pacientes no adheridos a esos tratamientos. Ello nos llevaría a suscribir lo que algunos autores ya han apuntado de que no son incompatibles sino complementarios el TAI y el TAC.

Así parecen entenderlo los fiscales especializados en la protección de las personas con discapacidad y tuteladas cuando en las conclusiones de las Jornadas celebradas en Madrid los días 18 y 19 de Octubre del 2009, bajo dirección de Carlos Ganzenmüller Roig<sup>44</sup>, siguen manteniendo la validez del TAI cuando expresan:

“1º. Son condiciones mínimas indispensables para que se proceda a autorizar el TAI:

- Trastorno mental severo /grave.
- Efectividad documentada del plan terapéutico.
- Negativa del paciente a realizar tratamiento.
- Capacidad limitada para entender la información sobre su situación y los graves riesgos que conlleva para sí mismo o para otros, a causa de su estado mental.
- Ausencia de criterios de urgencia de tratamiento.

2º. En aquellos supuestos en los que se den los requisitos y condiciones arriba descritos, y siempre que se observen que ya se han producido, o se prevea o así se atisbe, el que se produzcan sucesivos, intermitentes y constantes internamientos, con la intensidad de privación de derechos que de ellos se derivan, se

deberán solicitar informes médico forenses o facultativos acerca de la conveniencia del sometimiento a tratamiento ambulatorio como medida alternativa al internamiento, para la mejor protección del enfermo mental o de la persona afecta de trastorno psíquico. En estos casos, el Centro Sanitario, para la continuación del tratamiento fuera del Centro de ingreso, deberá pedir la autorización judicial de la medida.

3º. En todo caso, será preciso con carácter previo a la adopción de la medida de tratamiento ambulatorio que se recaben los siguientes informes:

- La falta de capacidad de decidir del enfermo.
- La información clínica del mismo.
- El plan de tratamiento.
- La necesidad y conveniencia del tratamiento.
- Los mecanismos de control y supervisión del tratamiento.

4º. Cuando de los informes facultativos así se desprenda, la solicitud de sometimiento a tratamiento ambulatorio, deberá ser instada por los representantes del Ministerio Fiscal, bien aprovechando el cauce del procedimiento de modificación de la capacidad, cuando así proceda; o bien, cuando baste el mero tratamiento ambulatorio para la protección del discapaz, por los trámites de las medidas cautelares del art. 762 LEC.

5º. La sumisión a tratamiento ambulatorio tendrá una finalidad preventiva, esto es, para evitar el ingreso hospitalario futuro, tomando en consideración la evolución anterior del paciente, por lo que se deberán recabar los informes facultativos necesarios que determinen los extremos relativos a su administración y duración, para de este modo poder en la solicitud fijar el alcance y duración del tratamiento.

6º. En aquellos supuestos en los que exista Tutor o Representante legal nombrado como consecuencia de haberse dictado una sentencia de modificación de la capacidad, la persona o institución de apoyo, el tutor o representante legal no podrá acordar por sí sin la previa autorización judicial, el sometimiento a tratamiento ambulatorio.

7º. El informe médico forense deberá adecuarse, como contenido mínimo, al escrito-solicitud, que se acompaña...”

## Bibliografía

1. Gilbert P. L., Harris, M. J., McAdams L., Jeste, D. V. Neuroleptic Withdrawal in Schizophrenic Patients: A Review of the Literature. *Archives of General Psychiatry* 1995; 52(3):173-88.
2. Volavka J., Citrome L. Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment. *International Journal of Clinical Practice* 2008; 62(8):1237-45.
3. Cap. 13: Esquizofrenias, en Kaplan & Sadok. *Sinopsis de Psiquiatría*. 10ª ed.. Editado por WOLTERS KLUWER pag 484.
4. Pompili M, Lester D., Grisпинi A, Innamorati M. Calandro F, Iliceto P, De Pisa E, Tatarelli R, Girardi P, Completed suicide in schizophrenia: Evidence from a case-control study. *Psychiatry Res* 2009;167: 251-7.
5. Meltzer, Herbert Y. Treatment of Suicidality in Schizophrenia. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 932:44-60.
6. O'Brien A.J., McKenna B.G., Kydd, R.R. Compulsory community mental health treatment: Literature review. *Int J Nurs Stud* 2009; 46: 1245-55.
7. Kendra's Law. An Interim Report on the Status of Assisted Outpatient Treatment. New York State Office of Mental Health, 2003. Disponible en URL: [http://www.omh.state.ny.us/omhweb/kendra\\_web/interimreport](http://www.omh.state.ny.us/omhweb/kendra_web/interimreport).
8. A Guide to Laura's Law (2003). Retrieved August 11, 2005, Disponible en: <http://www.psychlaws.org/State%20Activity/California/Guide%1ELauras%1ELaw%1EAB1421.htm>.
9. Gray, J. E., O'Reilly R.L. Canadian compulsory community treatment laws: Recent reforms. *International Journal of Law and Psychiatry* 2005; 28: 13-22.
10. McKenna, B.G. Simpson, A. I.F., Coverdale, J.H. Outpatient commitment and coercion in New Zealand: A matched comparison study. *Int J Law Psychiatry* 2006; 29:145-58.
11. Brophy L.M., Reece J.E., McDermott, F. A cluster analysis of people on Community Treatment Orders in Victoria, Australia. *Int J Law Psychiatry* 2006; 29: 469-81.
12. Kinderman, P, Tai S. Psychological models of mental disorder, human rights, and compulsory mental health care in the community. *Int J Law Psychiatry* 2008; 38: 479-86.
13. Mental Health Act 2007. disponible en: [http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2007/ukpga\\_2007012\\_en\\_1](http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2007/ukpga_2007012_en_1)
14. Sánchez, A.E. tratamientos psiquiátricos no voluntarios en la comunidad: una cuestión abierta. *Cuad Psiquiatr Comunitaria* 2006;6(1):55-65.
15. Aizenstadt M., Aviram. U., Kallian M., Kanter A. Involuntary outpatient commitment in Israel: Treatment or control?. *Int J Law Psychiatry* 2001; 24: 637-57.
16. Barrios Flores L.F. El tratamiento ambulatorio forzoso: experiencias de derecho comparado y propuestas de regulación en España. DS 2004; 12, Num 2. Julio-Diciembre 2004. Jornada Técnica "El enfermo Mental Protección Jurídica y atención socio-sanitaria".
17. Santander Cartagena, F. Tratamiento Ambulatorio Involuntario: tal vez sí, pero. *Cuad Psiquiatr Comunitaria* 2006: Vol. 6, N.º 1, pp. 47-54.
18. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Documento AEN sobre la propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario. Disponible en <http://www.asoc-aen.es/>.
19. Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Posición de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal sobre el tratamiento Ambulatorio y la Observación para Diagnóstico no Voluntarios. Disponible en: [http://www.psiquiatrialegal.org/TODNV\\_normal1.pdf](http://www.psiquiatrialegal.org/TODNV_normal1.pdf).
20. López M., Laviana M. Intervenciones no voluntarias en salud mental. Consideraciones sobre al propuesta de autorización judicial del tratamiento ambulatorio involuntario. *Rehabilitación psicosocial* 2007;4:28-36.
21. González Álvarez O. Tratamiento ambulatorio involuntario de los enfermos mentales. El trasfondo de un prolongado debate. *Cuad Psiquiatr Comunitaria* 2006;6 (1):39-46.
22. Medrano Albeniz, J. Tratamiento ambulatorio involuntario. Disponible en: <http://www.psiquiatrialegal.org/TAI2.htm>.
23. Chicharro Lezcano F. *Tratamiento ambulatorio involuntario*. Norte 2004;19:6-8.
24. Hernández-Viadel M., Cañete Nicolás C., Lera Calatayud G, Pérez Prieto J.F. Roche Millan T. 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.
25. Hernández-Viadel M., Pérez Prieto J.F. Cañete Nicolás C., Lera Calatayud G., Roche Millan Tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) para personas con enfermedad mental grave. *Psiquiatr Biol* 2006;13(5):183-7.
26. Martín Vázquez. M.J. Tratamiento ambulatorio involuntario Revista de Bioética y Derecho 2008;12:33. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.es>.

27. Romero Cuesta J., Gorrotxategui Larrea M.. Aproximación al debate sobre el tratamiento ambulatorio involuntario desde una perspectiva bioética. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2009;29(104):423-36.
28. Santos Urbaneja, F. Sobre la pretendida judicialización de los tratamientos ambulatorios. Razones para una oposición. Disponible en URL:<http://trastornosansiedad.iespana.es/escritos/a08leysa.htm>.
29. Ferreirós Marcos C.E. El tratamiento ambulatorio: cuestiones legales y prácticas colecciones CERMI. Disponible en: <http://www.cermi.es/NR/rdonlyres/9798554F-0BAB-4203-AD35-1493DD4BEF93/4743/TRATAMIENTOAMBULATORIO.pdf>.
30. López Álvarez M. Salud Mental y Justicia. Una relación compleja e imprescindible para la atención sanitaria y social a personas con trastornos mentales graves. XII Jornadas sobre Justicia y Salud mental. Aracena 4-5 octubre 2007.
31. Snow N, Austin W.J. Community treatment orders: the ethical balancing act in community mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009;16:177-86.
32. Link B., Castille D. M., Stuber J. Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses. *Soc Sci Med* 2008;67:409-19.
33. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados. 27 de octubre 2006. nº 109-1. Proyecto de Ley. 121/000109 Jurisdicción voluntaria para facilitar y agilizar la tutela y garantía de los derechos de la persona y en materia civil y mercantil.
34. FEAFES. Propuesta de intervención terapéutica. Alternativa al Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI) FEAFES. 2009. disponible en: [www.feafes.com/.../PROPUESTAINTERVTERAPEUTICAFEAFESOCT09.pdf](http://www.feafes.com/.../PROPUESTAINTERVTERAPEUTICAFEAFESOCT09.pdf).
35. Ministerio de Salud y Consumo. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de salud 2006. disponible en URL:[www.msc.es/.../salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](http://www.msc.es/.../salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf).
36. Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre. BOE num 222 de 16 de Septiembre 2006.
37. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. BOE num 96 de 21 de Abril de 2008.
38. Alonso Suarez, M; Bravo Ortiz, M F y Fernandez Liria, A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la Comunidad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2004;92:25-51.
39. Nelson G., Aubry t., A Review of the Literature on the Effectiveness of Housing and Support, Assertive Community Treatment, and Intensive Case Management Interventions for Persons With Mental Illness Who Have Been Homeless. *Am J Orthopsychiatry* 2007;77(3):350-61.
40. Drake R.E., Brief History, Current Status, and Future Place of Assertive Community Treatment. *Am J Orthopsychiatry* 1998;68(2):172-5.
41. Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T., Latimer E. Assertive Community Treatment for people with severe mental illness. Critical ingredients and impact on patients. *Dis Manage Health Outcomes* 2001; 9 (3):141-59.
42. Martínez Jambrina J.J., Peñuelas Carnicero E. Tratamiento asertivo comunitario: el modelo Avilés. *Archivos de psiquiatría* 2007;70(2):77-82.
43. Hernández Monsalve M. Tratamiento comunitario asertivo. Disponible en : [www.usal.es/~inico/publicaciones/Hernandez-M.pdf](http://www.usal.es/~inico/publicaciones/Hernandez-M.pdf).
44. Jornadas de fiscales especializados en la protección de las personas con discapacidad y tutelas celebradas en Madrid los días 18 y 19 de Octubre del 2009. disponible en <http://www.fiscal.es/>