

PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

Taller II “Tratamientos involuntarios en el ámbito de la Salud Mental”.

Sevilla, 15 de marzo de 2012.

Conclusiones.

La propuesta de ampliar la regulación de la hospitalización involuntaria al tratamiento ambulatorio en la asistencia de la salud mental se viene proponiendo desde distintos sectores profesionales y de la ciudadanía, como una medida que pudiera mejorar la atención a un grupo indeterminado, pero minoritario, de personas afectadas por trastornos mentales graves. Se trata de personas que presentan severas dificultades en distintos aspectos de su desenvolvimiento personal y social, en ocasiones con conductas socialmente disruptivas y que plantean graves problemas de atención y seguimiento en los contextos habituales de los servicios de salud mental, con hospitalizaciones reiteradas, sobrecarga familiar y frecuentes complicaciones e incidencias en el ámbito judicial.

Esta cuestión viene siendo objeto de encontrados debates, similares a los habidos en distintos países de nuestro entorno en los que se ha pretendido regular o bien se ha regulado algún procedimiento de esta naturaleza, si bien la situación internacional sobre este extremo es diversa. De hecho solo algunos países han establecido procedimientos de atención ambulatoria involuntaria y sus modalidades de actuación difieren sustancialmente (en cuanto a objetivos, requisitos e intervenciones).

En nuestro país, como es bien conocido, se han planteado dos iniciativas de regulación legal en este sentido, que a la postre no obtuvieron el consenso necesario en sus respectivos trámites parlamentarios, ambas con un amplio trámite de audiencia a los distintos sectores relacionados y con interés en la materia.

Así, nos encontramos con posiciones contradictorias en el ámbito profesional (en concreto una de las asociaciones - La Asociación Española de Neuropsiquiatría - está claramente en contra) y en los últimos años se ha producido un cambio de postulación en la principal asociación de familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES), con una postura crítica al respecto, coincidente con la de los movimientos de usuarios y usuarias de los servicios de salud mental, que en todo momento se han mostrado en contra de una regulación en este sentido.

En el ámbito de los profesionales de la salud su planteamiento conlleva controversias, si bien puede afirmarse que las sociedades científicas se posicionan firmemente en contra de una regulación normativa por varias razones, entre las que destacan la relativa al incremento de la estigmatización de las personas con trastornos mentales y la judicialización de un proceso de clara connotación sanitaria y social.

PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

Las controversias tienen que ver con distintas valoraciones sobre la importancia relativa de los distintos valores de referencia (justicia, equidad, autonomía, integración, responsabilidad, etc.) y derechos básicos (salud, libertad y seguridad) y de las funciones, modelos y características de la atención sanitaria y social a personas con trastornos mentales, así como sobre la eficacia real y las repercusiones de esta modalidad de intervención. Y ello no solo en un terreno general, más o menos teórico en el que a veces se plantea, sino en la concreta realidad de nuestro país y sus distintos servicios de salud autonómicos.

Los defensores de esta modalidad de intervención (recientemente traída a colación tras la sentencia del Tribunal Constitucional declarando la necesidad de la regulación de la hospitalización involuntaria mediante una regulación específica mediante ley orgánica), ponen énfasis en la necesidad de mejorar la atención a un grupo limitado de pacientes (aunque no perfectamente definido), mediante un procedimiento que facilitaría un apoyo legal y del poder coercitivo público a los profesionales para garantizar la toma de medicación y el seguimiento periódico, sin necesidad de hospitalización. Desde este posicionamiento se sostiene que se trataría de un procedimiento menos coactivo que el internamiento, y que podría suponer una mejora en la adherencia al tratamiento y la evolución de una minoría de personas con enfermedad mental con especiales dificultades de atención.

Quienes se oponen a dicha medida subrayan que esta distraería la atención de los verdaderos elementos relevantes para implicar en su tratamiento a las personas con trastornos mentales graves, que son, además de la procura de la alianza terapéutica, la disponibilidad de servicios y equipos de tratamiento que colaboren asertivamente en la comunidad.

Las consideraciones expuestas a lo largo del presente análisis llevan al conjunto de las Defensorías, del Estado y Autonómicas, a concluir lo siguiente:

PRIMERO.- Con relación a la atención a las personas con trastornos mentales graves, las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud, los consensos profesionales y las declaraciones de los movimientos asociativos de familiares y personas con enfermedad mental, ponen especial énfasis en los objetivos de recuperación y ciudadanía, procedimientos de atención sanitaria y social, integrados y sostenidos en el tiempo, basados en la alianza terapéutica, la coordinación intersectorial centrada en la persona y modelos de atención intensiva o asertiva de carácter comunitario. En suma, procedimientos que pretendan mantener a las personas en la comunidad a la vez que disminuir el efecto estigma y la discriminación, reduciendo la intervención legal y coercitiva al mínimo estrictamente indispensable.

PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

SEGUNDO.- Por lo que se refiere a los tratamientos ambulatorios involuntarios, la información científica disponible hasta el momento (en relación a los efectos de los distintos procedimientos coercitivos -desde la influencia, presiones y negociaciones hasta la obligatoriedad de la hospitalización, la restricción de movimientos o la administración forzada de medicamentos-, sobre la adherencia y el uso de servicios posteriores), así como los resultados de la evaluación específica de estos tratamientos, avalan el modelo referido.

A este respecto, debemos traer a colación las conclusiones del exhaustivo informe Cochrane, el cual muestra, a partir de los dos únicos estudios internacionales basados en rigurosos estándares de evaluación (grupo de control y distribución aleatoria), que los tratamientos ambulatorios involuntarios pueden mejorar débilmente algunos parámetros de personas con trastornos psicóticos si se hacen con procedimientos asertivos o intensivos de atención, sin que en estas modalidades de intervención juegue un papel determinante el establecimiento o no de la obligación legal. En suma, el factor de éxito o fracaso de esta modalidad de intervención parece pivotar más en la intensidad de la atención que en la coerción legal del tratamiento.

TERCERO.- El actual nivel de desarrollo de los recursos sanitarios y socio sanitarios en el ámbito de la salud mental, la atención a las personas con graves trastornos mentales exige mejorar la dotación y funcionamiento de tales recursos, asegurando en todas y cada una de las Comunidades Autónomas sistemas comunitarios de atención, sobre la base de equipos multidisciplinares suficientemente dotados, cercanos y accesibles a la población, con procedimientos asertivos y disponibilidad de intervenciones biológicas, psicológicas y sociales.

Sin esta base, la ampliación del ámbito de la involuntariedad – limitada a un tratamiento farmacológico no siempre efectivo- no permitiría obtener una respuesta adecuada en la intervención. Ello además obligaría a implicar a las fuerzas de seguridad frente al necesario refuerzo en la disponibilidad de equipos de intervención intensiva comunitaria, con posibles consecuencias no deseadas, en términos de estigma social, confusión de competencias sanitarias, sociales y judiciales, sin excluir la posibilidad de un efecto desincentivador de la buena práctica profesional al distorsionar la necesaria alianza terapéutica, imprescindible en el abordaje prolongado de la patología de estos enfermos.

CUARTO.- En todo caso, una regulación del tratamiento ambulatorio involuntario, habría de contemplar las garantías señaladas en las “Reflexiones finales” precedentes, en un contexto de plena materialización de las previsiones que sobre los recursos comunitarios en el ámbito de la salud mental dispone la vigente Ley General de Sanidad.