



y como m
que trabaj

Por ello,
tinuación:
nos parece
venciones
mente la i
los tratam
finalmente
ria. Son co
raciones p
intentan f
tiva, sobre
te valorad

Elemen volunta persona

El debat
aspectos q
dad de int
de tratam
la propues
evidentem
ración inc
acuerdo co
dría ser úti
puesta, en
el tipo con
drían hace
acuerdo o

En cual
tratamient
propuesta
partir de u
cuenta el p
ción sanita
ve, que so
medidas.

Una opci

Es evide
tante de el
«filosofía r
damentaci
En realida
nos ayude
niones, int
tante de r

ticc
esta
de g
y la
tidc
par
y su
ven
bles
util
cim
sigu
A
nal
con
el se
ra e
P
cuc
de l
na c
cen
qui
der
y m
con
E
cier
deb
ra c
mu
cesi
na
His
tar
nue
E
qui
de c
exp
sen
ción
segu
ater
to S
sad
«pa
itali
sibl
sult
de a
éstc
A
cos

de los
de sal
habili
nalidg
ment:
la cor
servic
equip
res y e

Sor
óricos
cial, ca
y taml
muy l
ciativ
sión d

Per
núme
la per
terapi
ción, l
de dis
lia (p:
de ma
provi:
les»^{7,2}

reunio
pecifi

Son
gen cc
apoyo
de un
atenci
taria,
intens
casos

Las
nación
capace
de ate
ciones
rios y
tiemp
profes

Este
taria, l
ciudad
tralida
darla e
de vid
ceso d
algún
da. As
cia err

Esto
«objeti
import
fesion
objeto

Per
das son
sonas
coinc
cubre,
nes a c

A es
camen
coerc
respec
pectos
percib

Así,
tre el g
minad
aspect
ción d
discusi
cione
obede
otro la
adas, s
tivas»
violenc
cibida
se perc
forma

A su
lacion
zo^{10,31}
el serv
bre el
tomato

Los t invol

Los
decir
ciones
graves
te tod
ción le
y, de u
en may
te la h
tendid

ambos en Estados Unidos y realizados por grupos de investigación conectados entre sí, que parecen reunir algunas características metodológicas mínimas (aunque también con algunos defectos probablemente inevitables) y que ofrecen resultados poco concluyentes y además contradictorios.

El primero^{48,51}, realizado sobre el programa de Carolina de Norte, presenta resultados moderadamente favorables, en términos al menos de evitar hospitalizaciones y arrestos por actos violentos, mientras el segundo^{50,51}, referido al programa de Nueva York, no encontró diferencias significativas entre quienes recibieron tratamiento intensivo voluntario e involuntario. Lo que lleva a los autores del informe de la Colaboración Cochrane (actualizado en 2005 y recientemente traducido al castellano⁵¹) a concluir, tras el exhaustivo y riguroso análisis de los estudios publicados sobre el tema, que:

«en base a las pruebas actuales, las órdenes de tratamiento en la comunidad pueden no constituir una alternativa efectiva de la atención estándar. Parece que el tratamiento obligatorio en la comunidad no presenta ninguna diferencia significativa en el uso de servicios, el funcionamiento social o la calidad de vida en comparación con la atención estándar. Actualmente no hay pruebas acerca del coste-efectividad. Las personas que recibieron tratamiento obligatorio en la comunidad tuvieron, sin embargo, menor probabilidad de ser víctimas de delitos violentos o no violentos. No obstante, es difícil concebir cualquier otro grupo en la sociedad en el que se restringiera la libertad de 85 personas para evitar un ingreso en el hospital, o de 238 personas para evitar una detención. Se requieren urgentemente estudios adicionales aleatorios, controlados y de buena calidad para consolidar los hallazgos y establecer si es la intensidad del tratamiento obligatorio en la comunidad o su naturaleza obligatoria lo que afecta al resultado.»⁵¹

Y plantean que, en consecuencia, las personas con enfermedades mentales graves deberían cuestionar la justificación del tratamiento obligatorio en la comunidad y defender los tratamientos más eficaces, los profesionales deberían considerar opciones con pruebas más sólidas de efectividad como el tratamiento asertivo en la comunidad y que los elaboradores de políticas tendrían que tener en cuenta que no hay pruebas sólidas para apoyar las ideas habituales sobre este tipo de programas, que ni parecen reducir el uso de servicios sanitarios, ni mejorar el funcionamiento social de los pacientes, ni reducir la coerción percibida (en relación con la hospitalización involuntaria)⁵¹.

En conjunto y desde el punto de vista de la evaluación de resultados, quedan importantes aspectos no resueltos, como son la necesidad de indicadores complejos y a largo plazo sobre personas tratadas, la medida de las repercusiones sobre otros pacientes y la sociedad, o el tema decisivo de diferenciar entre el efecto respectivo de la intensidad y la obligatoriedad propiamente dicha. En relación con este último aspecto, que es crucial para el debate sobre la regulación

legal de este tipo
ñalar que en las
dos relativament
los propios auto
términos (las cu

«Parece claro er
obligatorio puede
do la orden judici
y cuando es sosten

En relación c
Nueva York, los
res del tratamie
cuales participal
tudío, reconoce

«puede no tene
amplio rango de
TMG (trastorno r

Merece la pen
ra otro debate d
venciones basa
siempre «eviden
gos que es neces
referidos, el pri
efectividad, el p
to de no menos
bre distintos asp
que da también
tividad en relac
rio, sólo fue obje
una lectura supe
mil futbolístico
difícilmente pas

La propuesta de la Ley de

Vamos a inter
anteriores a la v
te de decisión p
básicamente au
taba presente en
tros en la Comi

La propuesta

Como se rec
mento en el ma

caciones de la Ley de Enjuiciamiento
parlamentario catalán, haciéndose ec
la Federación Española de Asociaciones
fermos Mentales (FEAFES). Y plantea
un apartado específico al artículo 76
la hospitalización cuando es necesaria
ta sanitario pero la persona no está en
tarla voluntariamente¹⁻³.

Las regulaciones legales, como tod
ticas y sociales en general, tienen lugar
tos que es necesario tener en cuenta pa
consecuencias. En este caso, la propu
contexto específico en el que hay que
de política sanitaria, movimientos as
judiciales, políticas y sociales más ar

Así, hay que tener en cuenta, en pri
de la atención en salud mental en nue
es que, más de veinte años después del
forma Psiquiátrica, la atención sanita
con trastornos mentales graves sigue si
sigual entre los distintos territorios
carácter general, claramente deficien
avía en términos cuantitativos y cual
cias que hemos intentado resumir e
recientemente publicada *Estrategia de*
tema Nacional de Salud⁵³ se hace ec
de esta situación e indica algunas líne
ables, pero el contexto político gen
particular (con las competencias trar
nidades Autónomas y un peso gener
temas de salud mental en la mayoría
gar serias dudas sobre una rápida y rac
sitiva de la situación. De esta manera,
una correcta atención a este tipo de p
zada como compleja, intersectorial, ir
cuenta y continuada en el tiempo y
seguimiento comunitario intensivo,
más la excepción que la regla.

Por su parte, el contexto legislativo
formal bastante más satisfactorio^{2,3}, d
generales de la Ley General de Sanida

**TABLA 1. Propuesta de modificació
«Tratamiento no voluntario por ra**

Art. 763.5.- Podrá también el Tribunal
observación para diagnóstico, cuando a
del interesado, informe del Forense y M

En la resolución que se dicte deberá est
responsable del mismo, que deberán in
necesidad de continuar, modificar o ces

El plazo máximo de duración de esta m

1. Hay una contradicción entre la existencia del problema que señalan justamente las asociaciones de familiares la solución propuesta por ellas. Es verdad que hay personas con trastornos mentales graves, baja conciencia de enfermedad y escasa «adherencia al tratamiento» que no están recibiendo la atención necesaria y posible. Pero ello depende de la existencia o no de una regulación legal de tratamiento involuntario, sino del mal funcionamiento de los mecanismos genéricamente previstos en la Ley General de Sanidad y técnicamente disponibles hoy desde los modelos de atención comunitaria en salud mental para las personas con este tipo de problemas.

2. Por ello, la propuesta nos parece inadecuada, insuficiente y contraproducente:

a) Inadecuada, por no ir a las raíces del problema, cuya solución implica la disponibilidad de una atención sanitaria precoz e intensiva, basada en un modelo comunitario, con intervenciones complejas, articuladas y sostenidas y basada en la mejor evidencia empírica disponible. Incluyendo atención social, que ayude a vivir de manera activa en la comunidad, así como mediante mecanismos no sólo ambulatorios y hospitalarios, sino también con procedimientos de seguimiento intensivo domiciliario y comunitario. Esta atención necesita, para ser efectiva, la construcción paralela de un compromiso o alianza terapéutica con la persona afectada y su entorno.

b) Insuficiente, porque la mera autorización judicial garantiza en absoluto el cumplimiento de los objetivos, no cuenta por un lado con servicios sanitarios suficientes de calidad y por otro, y en proporción probablemente inversa a lo anterior, con la intervención de mecanismos con recursos reales, como las Fuerzas de Seguridad del Estado, con implicación inevitable aunque «cautelosamente silenciada» en la proposición.

c) Y contraproducente, por los importantes riesgos que introduce, en relación con su refuerzo al estigma social, incremento de la confusión entre Sistema Sanitario, Justicia y Fuerzas de Seguridad, su limitada aplicabilidad (básicamente un tratamiento farmacológico), la dificultad generada para el establecimiento posterior de alianzas y compromisos terapéuticos, así como el refuerzo a la mala práctica de muchos profesionales que, como se decía textualmente en la comparecencia «verán más cómodo el recurso al juez y a las Fuerzas de Seguridad, que el trabajo complejo pero a la larga efectivo del convencimiento y alianza con el paciente»¹.

Por todo ello, la intervención concluía rechazando la ampliación propuesta e insistiendo en la necesidad de «hacer efectivas las disposiciones de la Ley General de Sanidad desarrollando más y mejores servicios sanitarios y de apoyo social, impulsando intervenciones globales, individualizadas y basadas en la evidencia, y reforzando mecanismos

16. Sar
17. Cas
edit
Bar
18. Cas
en e
den
19. Fou
197
20. Dór
dric
21. Sail
war
22. Jans
ce c
200
23. Fors
clus
chia
24. Jaco
expl
25. Mac
tien
ge. S
26. Lest
mer
Psc
27. Lóp
En: s
pect
28. Bur
prac
29. Con
Mer
200
30. How
rape
ve r
man
31. Kalt
treat
32. Kalt
V. In
Psc
33. Mor
Coen
pital
34. Kjell
res in
1998