



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2005

VIII Legislatura

Núm. 209

JUSTICIA

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. ÁLVARO CUESTA MARTÍNEZ

Sesión núm. 12

celebrada el miércoles, 2 de marzo de 2005

Página

ORDEN DEL DÍA:

Celebración de las siguientes comparecencias, para informar sobre la proposición de ley de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos:

- | | |
|---|----|
| — De la señora fiscal de la Audiencia Provincial de Barcelona y responsable del servicio de incapacitaciones (Soriano Campos). (Número de expediente 212/000494.)..... | 2 |
| — Del señor magistrado de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional (Terrero Chacón). (Número de expediente 212/000495.)..... | 14 |
| — De la señora directora del Centro de Salut Mental d'Adults de Horta Guinardo y coordinadora del comité de ética de la Fundación Congreso Catalán (Roig Salas). (Número de expediente 219/000093.) | 19 |

— Del señor presidente de la Asociación de usuarios de centros de salud mental de Catalunya Ademm (Ferrer Pinyo). (Número de expediente 219/000088.)	25
— De la señora magistrada del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción número 40 de Barcelona (Ventura Mas). (Número de expediente 212/000496.)	33

Se abre la sesión a las nueve y cuarenta minutos de la mañana.

CELEBRACIÓN DE LAS SIGUIENTES COMPARENCIAS PARA INFORMAR SOBRE LA PROPOSICIÓN DE LEY DE MODIFICACIÓN DE LA LEY DE ENJUICIAMIENTO CIVIL PARA REGULAR LOS TRATAMIENTOS NO VOLUNTARIOS DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS PSÍQUICOS.

— **DE LA SEÑORA FISCAL DE LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA Y RESPONSABLE DEL SERVICIO DE INCAPACITACIONES (SORIANO CAMPOS).** (Número de expediente 212/000494.)

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Señoras y señores diputados, se abre la sesión de esta Comisión de Justicia para continuar con las comparencias de expertos que nos ilustren sobre la proposición de ley de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil, para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos.

Conforme acordamos ayer y lo desarrollamos en las sesiones a lo largo de todo el día, intervendrá el compareciente, posteriormente se concederá el uso de la palabra a los portavoces de los distintos grupos parlamentarios, de menor a mayor, y finalizaremos, si ha lugar, con un turno de réplica o contrarréplica breve, para poder continuar con la máxima agilidad las comparencias y que nos sean de utilidad a todos los miembros de la comisión.

Sin más, y una vez abierto el acto, concedemos la palabra a la compareciente, doña Remei Soriano, fiscal de la Audiencia Provincial de Barcelona.

La señora **FISCAL DE LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA Y RESPONSABLE DEL SERVICIO DE INCAPACITACIONES** (Soriano Campos): Señorías, me han propuesto que comparezca ante esta Comisión, supongo que por el hecho de haber participado en el grupo de trabajo que colaboró con FEAFES en el momento de hacer esta proposición de ley, para añadir un párrafo al artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Tengo que advertir el hecho de que FEAFES invitó a numerosos fiscales, que repre-

sentábamos a casi todas las comunidades autónomas. Se nos expuso la razón por la que se nos había reunido, la posibilidad de hacer algún tipo de regulación en la que se previera una situación no regulada actualmente, una situación intermedia entre los procedimientos de incapacidad y los procedimientos de internamiento involuntario. Concretamente, se refería a la posibilidad de autorizar a los médicos para someter a tratamiento a una persona con enfermedad, que no tenga conciencia de la misma, y que por lo tanto, no se someta al tratamiento que le es favorable.

No soy yo quien más ha podido aportar al proyecto de colaboración con FEAFES, hubo otras personas que aportaron mucho más, por ejemplo, la juez de San Sebastián, Aurora Elósegui, que ya está aplicando la práctica de tratamientos ambulatorios, fundamentada en la Constitución española, en el Convenio de Oviedo y en la Ley de Autonomía del Paciente. Sin embargo, parece ser que también querían tener una opinión de alguna persona de Cataluña, dado que ha habido propuestas muy contundentes en contra del tratamiento ambulatorio.

Partiendo de los principios generales de materia sanitaria, que el paciente siempre tiene que dar su consentimiento, en los casos de trastorno mental, cuando el enfermo mental presta su consentimiento a un tratamiento, ya sea a un ingreso psiquiátrico o a un tratamiento, los tribunales de Justicia no tienen nada que hacer, ni la Fiscalía ni los jueces, porque la voluntad de esa persona lo suple todo. Por eso hablábamos de los tratamientos involuntarios. Se nos pregunta por qué diferenciamos a los enfermos mentales de enfermos por razones físicas, regulados en la Ley General Sanitaria. Mi experiencia —y yo creo que no apporto nada nuevo— me lleva a comprobar que el enfermo mental tiene que luchar muchas veces contra su propia enfermedad. Cuando nosotros tenemos un problema fisiológico acudimos al médico y pedimos ayuda, ya sea un problema estomacal, de corazón, etcétera, es difícil sin embargo que el enfermo mental acuda directamente al médico, porque en principio el problema está en su propia mente y no reconoce que sea un enfermo mental.

¿Con qué realidad nos encontramos en la práctica de los tribunales de justicia de cualquier ámbito, penal, civil, etcétera? Puede ocurrir que una persona con un supuesto trastorno mental nunca haya sido diagnosticada, porque nunca ha acudido a un centro de salud men-

tal; tampoco se le plantea la necesidad de acudir a ese centro de salud mental. ¿Qué pasa entonces con los estamentos sanitarios? Tenemos un ciudadano con indicios de ese trastorno, no es diagnosticado y alguien acude al centro de salud mental para manifestar, ya sea a los psiquiatras o a los trabajadores sociales que trabajan en ese centro, el hecho de que hay una persona que seguramente sufre algún tipo de perturbación. Ante la petición ciudadana hay una pasividad por parte del estamento médico. Es decir, si el paciente no acude al centro de salud mental, es extraño —aunque no digo que no ocurra— que el médico acuda al paciente para hacer esa primera revisión o ese primer diagnóstico y valore la situación de esa persona supuestamente enferma. Esta situación estaría amparada por el texto del artículo 763, que dice que, además de poder autorizar el tribunal un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, también puede autorizar un periodo de observación para diagnóstico. Ahora se está llevando a cabo la posibilidad de someter a una persona a observación para diagnóstico, pero solo a través del internamiento psiquiátrico. Hay una petición que el juez examina, normalmente no va acompañada de ninguna información médica previa, esa persona es traída al juzgado, es examinada por el juez y por el forense —que tiene que hacer un diagnóstico o al menos un pseudodiagnóstico—, y si se comprueba que esa persona puede tener algún tipo de enfermedad mental —aunque no haya tiempo ni especialidad suficiente para hacer una valoración diagnóstica ni de tratamiento—, actualmente es ingresada para valoración y diagnóstico. Lo que se plantea a través de esta reforma de la ley es el hecho de que en algunas ocasiones no se necesita el ingreso de la persona para esa valoración y diagnóstico, sino que puede realizarse a través de tratamiento ambulatorio.

Yo traía un caso sobre valoración y diagnóstico que llegó a mis manos en enero de este año, que puede ser interesante. Se refiere a un padre, llamado Joaquín, que comparece ante del Juzgado decano de Barcelona para pedir el ingreso involuntario de su hijo, también llamado Joaquín, de 44 años. Manifiesta el padre —lo leo, traduzco del catalán— que su hijo sufre una enfermedad psiquiátrica desde la infancia, que presenta agresividad en el entorno familiar, que presenta un progresivo aislamiento social y que está tratado con antipsicóticos. La carta del padre, sin ser excesivamente dramática, refleja muy bien lo que pasa en su hogar: Le comunicamos —esto está dirigido al juez— la situación insostenible que sufrimos mi esposa y yo con nuestro hijo de 44 años, Joaquín, enfermo psiquiátrico que reside en el núcleo familiar, con nosotros. Su enfermedad le viene desde la infancia. Es agresivo y se niega a recibir tratamiento farmacológico por no considerarse enfermo. El doctor —omito el nombre—, neurólogo, después de dos visitas en 20 años, lo diagnóstico de trastorno esquizoide. Su comportamiento es agresivo con el entorno familiar más cercano, con los que convive; vio-

lencia verbal y física —empujones, pellizcos, puñetazos—; estropea mobiliario, objetos y diversos elementos de la casa —puñetazos a los enchufes, a las puertas, a la nevera, a las paredes—. Actualmente duerme con un colchón en el suelo, dado que ha roto dos veces su cama. Durante estos episodios de violencia, en los que nos hemos de aislar en la habitación sin tener libertad para movernos por el piso, se escucha, además de los golpes que da, cómo va caminando por el piso, arriba y abajo, hablando solo y dando pequeños gritos como de rabia. Estos episodios se dan con más frecuencia durante la noche, cuando vuelve de trabajar —este hombre es taxista—, pero también se producen durante el día. Manifiesta que le persiguen dentro de casa; cuando habla por teléfono le preocupa que le puedan oír los vecinos y cierra todas las puertas y ventanas que dan al patio de luces. Lo mismo pasa cuando, en situaciones de normalidad —y lo entrecomilla—, se le pregunta sobre su comportamiento agresivo. Aduce que su interlocutor utiliza un tono demasiado elevado, acaba huyendo del diálogo. Tiene dificultades para mantener una conversación con los miembros de su familia y acaba elevando el tono de voz, diciéndole a su interlocutor que no le deja hablar o haciendo derivar la conversación en una especie de rompecabezas del que se hace difícil salir; y es fácil que se acabe irritando. Tiene un comportamiento convulsivo, abriendo y cerrando cajones y puertas repetidamente. Acostumbra a obsesionarse por algunos temas, culturismo, bioquímica, juegos de ajedrez. Se ducha un par de veces al día; su higiene personal no es completa, dado que no se cambia de ropa, ni la interior ni del resto. Tiene comportamiento exhibicionista, sale del baño para dirigirse a su habitación y se muestra ante nosotros para provocar. Últimamente se ha acentuado un aislamiento social, le resulta difícil encontrar gente para salir y eso repercute en episodios violentos. En su trabajo es anárquico en sus horarios —un día puede trabajar tres horas y otro día, ocho horas, se puede levantar a las nueve de la mañana o la una del mediodía—. A todo esto, lleva 20 años trabajando con un taxi de su propiedad y nunca ha tenido conflictos fuera de casa. Nos encontramos muy solos y desamparados ante esta situación, llegando al punto extremo de que nuestras hijas y vecinos tienen miedo de que, en un brote de agresividad, nos pase alguna cosa grave. Mi mujer tiene 71 años y yo 75. Estamos realmente al límite psíquico y físico por aguantar esta situación durante tantos años. Sabedores de su experiencia y confiando en ella, les rogamos una solución.

Esta demanda fue repartida al Juzgado de Primera Instancia número 59, de Barcelona; hay dos juzgados de Primera Instancia, especializados en temas de capacidad e internamientos en Barcelona. El juez examinó a Joaquín, al hijo, al taxista. Le encontró orientado, consciente, colaborador. Minimizaba las alteraciones de conducta, negaba todo lo que explicaba su padre en el escrito de solicitud de ingreso. Tenía sus facultades

cognitivas conservadas y en este momento no se observa ninguna alteración de la percepción que justifique su ingreso urgente. Asimismo, el interesado acepta realizar tratamiento ambulatorio. El médico forense hace una valoración sobre la situación del enfermo tras la entrevista y acaba diagnosticando un trastorno conductual en estudio, que, con criterio médico forense, no está indicado el internamiento porque no hay una fase de descompensación que indique la necesidad de ingreso involuntario, pero que necesita control y tratamiento psiquiátrico. La resolución del juez fue que no ha lugar, no se estima procedente autorizar el internamiento de don Joaquín en el centro psiquiátrico. El juez acabó su resolución diciendo: no ha lugar al internamiento psiquiátrico, sin embargo, en el Juzgado número 59 —en el Juzgado número 40 no se aprovecha tanto— existe la experiencia de tratamientos ambulatorios. Como observarán, de la valoración realizada por el juez y por el médico forense, no ha lugar al internamiento, pero, evidentemente, hay una situación intermedia. A esa persona que está sufriendo un trastorno grave mental no diagnosticado no le podemos poner una etiqueta, no le podemos determinar qué tipo de medicación o terapia necesita, pero es cierto que lo necesita. Lo que se hizo en el Juzgado número 59 fue decir: esta persona no ha lugar al internamiento pero ha sido controlada a través de la trabajadora social que colabora con los juzgados de incapacidades. Se le dio cita directamente para el centro de salud mental que le correspondía por zona y, después de pasar por el juzgado, esta persona se obligó, el mismo, quizás al observar que tenía esa problemática, a ir a revisión al centro de salud mental y a seguir la pauta médica que en su caso le indicaran.

Las normas que teníamos para Joaquín eran la incapacitación —proceso largo y que debe reservarse para otros temas—, o el internamiento. El internamiento le suponía un problema a nivel laboral —él está trabajando de taxista y parece que no tiene problemas—, además le suponía un problema de privación de libertad muy grave el hecho de ser ingresado en un centro —él no reconoce por qué tiene que ser ingresado en dicho centro—. Existe una solución para diagnóstico, valoración y sometimiento a tratamiento terapéutico, es el tratamiento ambulatorio. En el Juzgado número 59 este tipo de tratamiento se ha realizado desde el año 1999 como una experiencia. Realmente, al no tener norma escrita que poder aplicar el juez, las resoluciones que dicta el Juzgado número 59 no dicen claramente que se autorice el tratamiento ambulatorio, se está haciendo, vuelvo a repetir, como una situación de hecho. En el año 2002 se sometieron a tratamiento ambulatorio a través de este tipo de procedimiento un poco inusual a 30 personas, dando resultado en 14 personas, teniendo en cuenta que sólo se cuenta con la labor de la trabajadora social que se encarga de contactar con el centro de salud mental correspondiente; además, esa función depende de la buena respuesta que dé el centro de salud mental. En el año 2003 se plantearon 48 casos de

tratamiento ambulatorio, 25 de ellos han quedado vinculados al servicio correspondiente. En el año 2004 bajó en picado, ya que, además de los trastornos mentales graves, se trataron casos de trastornos límites y también algunos casos de adicciones. Sólo se sometió a tratamiento forzoso o involuntario en 18 casos y se han vinculado siete personas. Esta es la experiencia en Barcelona, que solo se ha seguido en uno de los juzgados de incapacidades, en el número 59. En el Juzgado número 40, al no haber norma, no se ha aplicado. Una vez que se solicitó por parte de un centro médico la posible aplicación de un tratamiento involuntario a un paciente, la respuesta del Juzgado número 40 fue que, al no haber norma escrita, ni siquiera se podía entrar a debatir el tema —no se incoó expediente; se incoó y se archivó—, sin perjuicio de que si la persona empeorara, se solicitara el tratamiento psiquiátrico.

Vuelvo a lo que estaba explicando. Esto serviría incluso para la valoración y diagnóstico sin ingreso psiquiátrico. Pero puede ocurrir que la persona esté diagnosticada y que haya sido incluso ingresada involuntariamente en centros psiquiátricos. Dada la ausencia o escasa conciencia de enfermedad, cuando es dado de alta y derivado al centro de salud mental, abandona el tratamiento prescrito, no acude a las visitas médicas, vuelve a descompensarse y se produce lo que se llama —les habrán comentado ya— el fenómeno de la puerta giratoria: enfermo mental, compensado, sale, no hay amparo, hay poca conciencia, no hay apoyo familiar o la familia está desbordada, no hay un apoyo social y se descompensa, nueva descomposición, lo cual afecta gravemente a su trastorno, y nuevo ingreso psiquiátrico. ¿Qué ocurre con los centros de salud mental cuando el paciente es dado de alta y es citado, con una fecha señalada, para que acuda al centro de salud mental y el paciente no acude? Gracias a Dios, hay experiencias en algunos territorios en las que el propio médico sí que acude con sus servicios asistenciales, ya sea trabajador social, de enfermería, etcétera, a buscar al enfermo, pero en la mayoría de las ocasiones el centro de salud mental archiva el expediente por alta: no ha acudido el paciente; qué le vamos a hacer, esperemos que venga.

Ante la falta de respuesta del estamento sanitario, las familias y el entorno social —no solo las familias, sino vecinos, compañeros de trabajo, servicios sociales de los ayuntamientos, etcétera; nosotros incluso hemos tenido peticiones de la Delegación de Hacienda respecto a funcionarios— se dirigen a los órganos judiciales. ¿Por qué se dirigen a los órganos judiciales y no al centro de salud mental? Porque muchas veces al centro de salud mental ya han acudido y la respuesta ha sido la pasividad. Dicen: ante todo, libertad individual; me creo lo que explica usted y el paciente, ese señor que usted describe, puede tener una enfermedad mental, pero si él no acude, yo no puedo obligarle. Los ciudadanos acuden a los tribunales de Justicia porque saben que para mejorar la calidad de vida del enfermo y de su entorno —y de su entorno, no seamos hipócritas— y su

plena aceptación social es preciso restringir un derecho personal y fundamental de ese enfermo, el derecho que tiene a no recibir asistencia sanitaria. Ese derecho en su favor es necesario restringirlo y ¿quién puede restringirlo? Los jueces; sólo pueden restringirlo los jueces, por mucho que se haya dicho que puede hacerlo el médico. Si no recibe asistencia sanitaria, la situación del enfermo se deteriora tanto que puede llegar a sufrir, primero, la incomprensión de la familia y el entorno; segundo —vamos avanzando—, el temor de la familia y el entorno y, por último, el rechazo de la familia y el entorno, y todo eso derivado de la pasividad de la asistencia sanitaria. Vuelvo a repetir que, si esperamos que el enfermo acuda al centro sanitario, acudirá en un 50 por ciento de ocasiones, pero en la mayoría de las ocasiones, y esto está estudiado, no acude por sí mismo. Por tanto, el estigma del enfermo es precisamente la no respuesta sanitaria porque, al no responder, hay incomprensión, temor y rechazo. Si esa persona estuviera tratada médicamente y compensada, evitaríamos el temor a los enfermos mentales que existe en la comunidad. Ese enfermo, que no acude al servicio de salud mental, que lo precisa —si no lo precisara, no estaríamos en este debate—, está marcado. Ese estigma pesará sobre el enfermo mental y tiene como base su propia enfermedad, porque él no reconoce que está enfermo y porque nadie con cualificación suficiente ha hecho nada por él.

No todo es tan negro. En algunas comunidades autónomas, y me consta que en Cataluña se ha hecho mucho al respecto, existen programas de seguimiento de los enfermos mentales en el sentido siguiente: enfermo mental ya conocido por un centro de salud mental que no acude a ese centro de salud mental, los propios médicos, con su equipo, acuden a, digamos, rescatarlo, a adherirlo al tratamiento. Por mi experiencia, esto se realiza en la ciudad de Barcelona y por los centros de salud mental de algunos distritos, pero —lo digo porque se habla mucho de Barcelona— en Barcelona, aparte de la ciudad, están los pueblos y somos muchos los que vivimos en pueblos y, fuera de lo que es Barcelona ciudad, no tengo constancia de que haya ningún programa social e individualizado de seguimiento de los enfermos mentales. Lo que se está desarrollando a pequeña escala, después de 20 años de publicada la Ley General de Sanidad, se está consiguiendo sólo con mucha voluntariedad de algunos psiquiatras, sin ningún apoyo por parte de la Administración y ni siquiera a través de mecanismos legales.

Aparte de esto, ¿por qué es necesaria la redacción del artículo 763, tanto para regular los tratamientos involuntarios como el periodo de observación? Porque existe base legal para ello. Supongo que ya les han mencionado el Convenio de Oviedo y que conocen ustedes el artículo 7, que habla no de sometimiento sino de protección de las personas que sufran trastornos mentales, e incido en la palabra protección. Dice este artículo: La persona que sufra un trastorno mental

grave sólo podrá ser sometida sin su consentimiento a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno cuando la ausencia de este tratamiento conlleva 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, control, así como los de recurso. Esto no está desarrollado en la legislación española; el enfermo mental puede ser sometido a un tratamiento, porque si no sufrirá un deterioro a causa de su enfermedad, un riesgo perjudicial para su salud, pero ¿qué condiciones de protección prevé la ley española, qué supervisión, qué control, qué posibilidad de recurso? Vamos a hacerlo por el enfermo, pero el enfermo no va a ser oído. Si los estamentos médicos, y es cierto que tienen que hacerlo, someten al enfermo a ese tratamiento involuntario, resulta que al enfermo no le damos oportunidad de oír su opinión y su opinión debe ser oída ante los tribunales de Justicia.

La posibilidad de protección a través de la ley, de supervisión y control y a través de recursos —lo dice claramente el Convenio de Oviedo—, sólo se puede realizar ante un juzgado. Esa supervisión, esa protección del enfermo mental se realizará a través del artículo 763, párrafo quinto, de la Ley de Enjuiciamiento Civil, ese párrafo que se pretende añadir, porque, aunque algunas voces han dicho que el juez ordenará el tratamiento, en el ámbito civil nunca un juez ordena el tratamiento. Eso ocurre en el ámbito penal y después de una sentencia donde se demuestre que esa persona ha cometido un delito por razón de su enfermedad mental, y se le aplicará una medida de seguridad. Se le aplicará y se ordenará; se ordena el ingreso o el tratamiento e incluso los médicos no pueden dar de alta sin autorización del tribunal. Pero en el ámbito civil no estamos hablando de personas delincuentes, estamos hablando de personas enfermas; entonces, lo único que hace el juez es autorizar a los médicos a aplicar ese tratamiento sanitario contra la voluntad del paciente si se dan razones suficientes para ello y sobre todo teniendo en cuenta la premisa inicial, la mejoría en la enfermedad de esa persona. El artículo 763 no impone sanciones ni obligaciones y por eso no tiene carácter orgánico, como tampoco lo tenía el artículo 211, ya que en la última reforma, del año 1996, a través de la Ley de Protección del Menor, se excluyó expresamente del carácter orgánico este artículo 211 porque era una norma de procedimiento, donde el juez lo que hace es establecer las garantías. Aquí únicamente se marca cuál es el procedimiento por el cual el juez examinará, como garante de los derechos fundamentales, si concurren en el caso concreto las circunstancias que prevé el artículo 7 del Convenio de Oviedo y se puede autorizar la aplicación de un tratamiento sin consentimiento del paciente.

Supongo que también les han hablado —y ustedes son más conocedores que yo precisamente por pertenecer al Poder Legislativo— de la recomendación del Consejo de Ministros del Consejo de Europa adoptada

el 22 de septiembre de 2004, que a mí me ha llegado recientemente, que establece la necesidad de control por parte de un tribunal y lo dice claramente. Esa recomendación habla de ingresos involuntarios y de tratamientos involuntarios —da por sentado que frente a los enfermos mentales puede haber estas dos posibilidades— y establece la necesidad de control por parte de un tribunal cuando una persona con trastorno mental se tiene que someter a un tratamiento involuntario. Se nos ha dicho que la Ley de Autonomía del Paciente es la ley que desarrolla el Convenio de Oviedo en estos aspectos. Sinceramente, después de leer la Ley de Autonomía del Paciente yo creo que no está prevista para el tratamiento continuado y de forma ambulatoria de los enfermos mentales. En la Ley de Autonomía del Paciente se habla de que la norma general es el consentimiento del paciente y de las excepciones, y dice la ley: No es necesario el consentimiento del paciente cuando existe riesgo para la salud pública. Esto ya está regulado en la Ley General de Sanidad. Es más, cuando las administraciones tienen que realizar alguna intervención que afecta a derechos fundamentales y existe una razón de salud pública, ni siquiera son competentes los juzgados civiles, sino los contencioso-administrativos. Pero no es este el punto que se está planteando. ¿Cuándo no se contará con el consentimiento del paciente como excepción? Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización. Esto está previsto para los servicios de urgencias hospitalarias, porque cuando una persona tiene una enfermedad que supone un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo es derivada al servicio de urgencias y, ahí, si no pueden contar con la autorización del paciente, interviene el médico sin autorización del paciente.

Esta ley ha venido a respaldar —y me parece muy bien— a los médicos, que antes se encontraban en el servicio de urgencias con situaciones problemáticas, por ejemplo que un enfermo se negaba a ser atendido o no se podía contar con su voluntad porque entraba en un estado grave y de posible insuficiencia para prestar su consentimiento. ¿Saben a quién acudían los médicos de los servicios asistenciales? Al Juzgado de guardia. Evidentemente, el Juzgado de guardia es todopoderoso. Yo, estando de fiscal de guardia en los juzgados de guardia, he tenido que atender estas peticiones. Se les decía que en esa petición no era necesario que hubiese una autorización judicial porque estaban suficientemente amparados, de ahí esta ley para dar un amparo legal a las actuaciones médicas. Dice la ley que podrá otorgarse el consentimiento por representación, es decir, en este caso sí que no se habla de situaciones graves sino cuándo se puede dar la autorización por un representante y el quid está en este artículo: cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permite hacerse cargo de su situación; si el paciente carece de representante legal,

el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. Si este artículo va a servir para aplicar el tratamiento involuntario, yo, aquí, diría que este principio es inconstitucional porque es el mismo médico que te va a aplicar el tratamiento el que hace la valoración de que tú no puedes tomar decisiones, y si no tienes representante (lo cual suele ocurrir a la mayoría de las personas que estamos en esta sala porque no hemos hecho poderes especiales para este caso y no estamos incapacitados ni tenemos tutor) se tendrá en cuenta el consentimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, es decir, al primero que pase por allí le pediremos su consentimiento. Yo, médico, valoro tu falta de capacidad; yo, médico, te aplico el tratamiento, y yo, médico, no cuento con tu consentimiento sino del primer allegado que esté por ahí, ya sea tu mujer, tu hijo, tu primo o un familiar o amigo, porque el sentido es muy amplio. Si yo fuera un enfermo mental y alguien fuera a aplicarme un tratamiento al que yo me niego, preferiría tener que defenderme ante un tribunal de justicia. Lo digo sinceramente. Esta norma (la reforma del artículo 763) se ha atacado como una norma estigmatizadora, como una norma que criminaliza. Oiga, aquí no se criminaliza a nadie, esta norma lo que viene a dar es precisamente amparo al enfermo mental. Existe la necesidad de someter al enfermo mental a un tratamiento médico, el enfermo mental no tiene conciencia, el enfermo mental no es preciso ingresarlo pero es preciso darle ese tratamiento para mejorar su calidad de vida y la de su entorno y, sin embargo, lo que vamos a decir ahora es que los médicos son todopoderosos.

Como enfermo mental quiero defenderme, quiero incluso asistencia letrada (el Consejo de Ministros europeo ha manifestado la necesidad de que a esa persona se le dé una asistencia letrada gratuita), quiero defenderme y exponer mis argumentos y que me oiga el juez, que oiga a las personas que yo quiero que sean oídas y que se me defienda, porque puede haber una buena voluntad por parte de alguien, ya sea familiar o médico, de que a mí me sometan a un tratamiento, pero yo quiero mis garantías, quiero que precisamente se controle el hecho de si realmente necesito ese control ambulatorio. Por tanto, esta norma del artículo 763 no es una norma perentoria, no es una norma que afecte negativamente a los enfermos mentales, sino que yo diría que es la única manera que tienen los enfermos mentales en su caso para hacer una defensa de su situación ante un tribunal, tras analizar todas las pruebas y ver qué tratamiento te van a aplicar (esto se añadió porque el colaborador del Sindic de Greuges, que también colaboró en las reuniones de Feafes, hizo mucha incidencia en la necesidad de que ante el juez se planteara cuál era el plan de tratamiento), porque no basta sólo con los fármacos correspondientes que vamos a darle; no, tiene que haber un tratamiento integral, social, laboral, farmacológico, de terapia, de acompañamiento, etcétera.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Muchas gracias, señora Soriano, por su documentada y seria intervención.

Por el Grupo Vasco (PNV) tiene la palabra doña Margarita Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Muchas gracias, señora Soriano, ha cubierto usted las expectativas que me había manifestado una amiga común, magistrada, respecto de su intervención, y es que realmente nos ha expuesto usted de manera magnífica las dudas y los problemas que se nos suscitaban a muchas formaciones (creo que a todas) cuando decidimos dar entrada en esta Cámara a esta iniciativa pensando que existía una necesidad social y que podía tener el texto la suficiente dignidad o corrección técnica para ser tramitado. Sin embargo —insisto— se nos planteaban dudas y problemas, de ahí que optásemos por la celebración de estas comparecencias.

Lo que está en el fondo de este asunto —usted lo ha manifestado— es una insuficiencia del sistema sanitario, por supuesto; insuficiencia que no sé si el que hagamos una norma procesal va a suplir o no porque, como usted también ha manifestado, en determinados sitios, si se quiere, se considera que hay base legal suficiente, si se quiere y si el sistema lo permite. Ha hablado usted de la propia base constitucional (el convenio de Oviedo) y la Ley del paciente se considera por algunos en algunos casos puntuales cobertura bastante para optar por prácticas de este estilo, pero, eso no generaliza la solución al problema y tampoco lo resuelve si no va acompañado de algo en lo que usted ha insistido varias veces, que es la suficiencia de los servicios no solamente sanitarios, sino también los sociosanitarios y los terapéuticos. Lo que no me queda tan claro es si la respuesta que tengamos que dar es sólo la respuesta de proceso o también tendríamos que incidir en las normas sanitarias, aunque desde mi particular perspectiva de formación nacionalista entiendo que esto correspondería a la legislación propia de cada una de las comunidades autónomas. Puesto que es usted experta jurista y, además, se ha visto en la situación de atender estos casos y de intervenir en jornadas al respecto, me gustaría saber si cree que el texto propuesto tiene corrección técnica bastante o habría que insistir en algún aspecto concreto. Me ha parecido que al final abogaba usted por la necesidad de asistencia letrada para el paciente. Eso no está especificado en el texto del precepto y a lo mejor era algo que se podía introducir, además de las cautelas que ya introduce el precepto que pretendemos reformar. Si me ha alegrado algo que usted ha manifestado y que yo corroboro, y es que hay quien se opone a que hagamos esta modificación procesal en la Ley de Enjuiciamiento Civil basándose en que la Ley de autonomía del paciente ya lo permite. Yo fui ponente de aquella ley (a los grupos pequeños nos toca ser ponentes de muchas normas) y debo manifestarle sinceramente que quienes fuimos ponentes no estábamos pensando al regular esta

cuestión en los tratamientos psiquiátricos. Por tanto, un texto legal puede llegar a ser más inteligente que quienes fueron sus autores y por supuesto, tal y como permite el artículo 3 del propio Código Civil, puede ser una interpretación, pero creo que no estábamos planteándonos este supuesto y no da cobertura bastante. Notará que soy partidaria de la modificación procesal que se pretende, pero sí me gustaría que usted, desde su experiencia, nos diga si debe ser completada con otras normas y, sobre todo, si debemos introducir cautelas distintas en garantía del paciente y no solo en beneficio de familiares y entorno referidas, por ejemplo, a la asistencia letrada o a cualquier otra.

Concluyo manifestándole mi agradecimiento, como he hecho al principio, por lo completa y exhaustiva que ha sido su intervención.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra don Miguel Ángel Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Muchísimas gracias por las aclaraciones que ha hecho, que yo creo que forman parte del trabajo diario. Es decir, el contacto con la realidad nos da una idea de los problemas que se plantean en el día a día.

A lo largo de la mañana y la tarde de ayer asistimos a una serie de comparecencias, donde la representante de la asociación de familiares del Cermi mantenía una postura favorable a la regulación, lógicamente, como traducción de las angustias familiares ante casos dramáticos, y por otro lado, dos profesionales (uno del País Vasco y otro catedrático de la Universidad de Sevilla) se mostraban favorables a la regulación siempre desde el punto de vista del contacto con el enfermo. Yo, como profesional de la salud mental, como psiquiatra, comparto totalmente todas las afirmaciones que ha hecho, aunque introduciría algún tipo de límite en ese caso práctico que ha expuesto porque el debate que se está planteando con relación a la modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil en su artículo 763 tampoco tendría que ser un coladero de tratamientos involuntarios. A lo largo de la jornada de ayer sí que pudimos más o menos perfilar una patología tipo con una serie de condicionantes tipo y con una serie de garantías tipo que quizá podrían enriquecer la norma y abrir esa pequeña ventana de esperanza para las familias y los profesionales. Por otro lado, ha habido unas intervenciones que tienen todo el derecho del mundo de ser formuladas, la opinión es libre, pero que desde un punto de vista de psiquiatría práctico yo no puedo compartir, porque la opción de no hacer nada no me parece correcta. Existe un problema y algo hay que hacer. Vamos a ver cómo lo hacemos.

Centrándome en su intervención, quiero formularle solamente dos preguntas. Una, del tenor de su intervención se deduce que es mucho más operativo añadir un punto quinto, con la redacción que resultase, que no intentar aplicar a través de la Ley de autonomía del

paciente, como desarrollo del convenio de Oviedo, un tema que posiblemente dará cobertura legal al médico, pero que no la dará al paciente. Y, dos, si considera que la normativa de instrucciones previas podría ser de aplicación y dónde la encasillaría en el caso de enfermos mentales que tuvieran periodos interbrotes, que asesorados pudieran indicar de alguna manera cuáles son sus voluntades en caso de descompensación y no tener capacidad volitiva per se.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra don Sebastián Fuentes Guzmán.

El señor **FUENTES GUZMÁN**: Muchas gracias por su exposición, señora Soriano, y bienvenida a esta Comisión de este Congreso. Para nosotros es muy importante y muy interesante que usted haya colaborado con las asociaciones de familiares en foros y haya participado en los debates que han dado lugar a la proposición que hoy estamos estudiando en esta Comisión. Aprovechando su participación en estos debates, querríamos que nos manifestara cuáles han sido los enfoques sobre algunas cuestiones que nos han venido pareciendo extremadamente polémicas a lo largo de las comparencias y que, desde luego, a mi grupo le preocupan a la hora de fijar su posición en este tema que, como bien han manifestado otros comparecientes, entendimos desde el primer momento que había que abordarlo. Dada la disparidad de criterios y que esta cuestión no se está manifestando pacífica ni dentro del colectivo jurídico ni médico —repito—, a nosotros nos preocupan determinadas cuestiones que aquí se han suscitado, y que creo que usted como participante en esos foros y como persona que ha colaborado en la elaboración de esta propuesta podría resolvernos.

Señora Soriano, se pretende la modificación de una ley procedimental, la Ley de Enjuiciamiento Civil, añadiendo un artículo y, sin embargo, aquí se ha suscitado la duda de si, cuando el juez tome decisiones basadas en esa ley procedimental, el desarrollo que ello va a conllevar está suficientemente amparado en derecho sustantivo o habría que modificar un derecho sustantivo que ampara esa norma procedimental para que fueran efectivas las decisiones adoptadas sobre la base de esa añadidura al artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. ¿Hace falta modificación, a su juicio, de la normativa sanitaria para que pudiera ser aplicable con toda efectividad la norma procedimental que se pretende modificar?

Por otra parte, en los debates que ustedes han tenido sobre este problema, que nosotros desde luego compartimos y que, en primer lugar, afecta lógicamente al paciente, al enfermo, pero también al entorno en el que se mueve, a sus familias, ¿han observado que se esté queriendo atajar el problema por una vía rápida y judicializada cuando realmente estamos hablando de algo que afecta al sistema sanitario y que podía haberse cubierto a través del sistema sanitario? En concreto, el

caso que usted ha relatado parece que no se trata tanto de que el juez tenga instrumentos para que a esa persona se le administre un tratamiento no voluntario, como el hecho de que esa persona ha estado prácticamente fuera del sistema durante mucho tiempo.

Asimismo, las personas que se han manifestado a favor de esta reforma han hablado de distintos papeles en la función del juez. Nos gustaría que nos dijera si en esos debates se ha analizado realmente qué papel cumple el juez en esta reforma o en la aplicación de los tratamientos no voluntarios. ¿Es un juez garantista o es un juez autoridad, como han manifestado algunas personas vinculadas también a esta propuesta, quizá pretendiendo que el juez fuera la autoridad que coadyuvara al propio enfermo con su propia presencia en el procedimiento para que este enfermo accediera a tomar la medicación que se le había prescrito?

Por último, señora Soriano, en los debates que han tenido ¿han puesto en la balanza el derecho a la libertad del paciente en relación con el derecho a su propia salud?

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Tiene la palabra la compareciente, señora Soriano, para responder y matizar lo que estime pertinente.

La señora **FISCAL DE LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA Y RESPONSABLE DEL SERVICIO DE INCAPACITACIONES** (Soriano Campos): Se me ha preguntado sobre si sería necesario matizar el hecho de una garantía más, que es la asistencia letrada. Esto ya está regulado en el artículo 763, por tanto, no hacen falta más matices. En el texto del artículo 763, que regulaba inicialmente el proceso garantista del internamiento involuntario, ya se hablaba de asistencia letrada, con lo cual al añadirse un quinto párrafo, evidentemente tiene todas las garantías de los cuatro párrafos anteriores. Por tanto, no es necesario añadir que para el tratamiento ambulatorio involuntario también tendrá asistencia letrada el enfermo, porque ya está regulado en el contexto del artículo 763.

Me planteaban si era necesario hacer una modificación de la legislación sanitaria. En los debates que tuvimos no llegamos a tanto, porque eran unos debates modestos. Asistimos básicamente profesionales del derecho —fiscales, jueces, letrados— y luego acudieron especialistas médicos a estas reuniones, pero el debate era más a nivel jurídico y de normas procesales civiles. Yo creo que viendo el texto de la Ley General Sanitaria no hace falta más regulación —y lo digo con mucha modestia—, simplemente hay que ejecutarla, llevarla a efecto, porque la Ley General Sanitaria en su artículo 20 desde el año 1986 viene a decir que hay que dar tratamiento comunitario a los enfermos mentales, pero el problema es que no se les ha dado tratamiento. Por tanto, ¿más normas? Si es para que a los médicos que no lo tienen claro les quede claro quizá sí, pero es que solamente es necesario el desarrollo de esa legislación

sanitaria. Evidentemente, es mejor desarrollarlo a nivel autonómico porque, para poder hacer un desarrollo del plan integral, sabrán las necesidades y los recursos que se tienen en cada autonomía, sobre todo, cuando están transferidas las competencias en materia sanitaria.

En Cataluña, por ejemplo, tengo la experiencia de que hará unos 15 días se nos ha convocado a diversas personas —yo no voy a poder participar porque es incompatible ser fiscal y formar parte de un comité del Ejecutivo—, porque se pretende realizar un plan integral de la salud mental tan amplio que está previsto como proyecto de aquí a 10 años. En Andalucía, por textos que he leído, también se ha hecho ese plan integral, que es tan amplio que no sólo afecta a los enfermos mentales con trastorno grave, sino también a las posibles problemáticas de enfermedad mental surgidas en el trabajo, etcétera. Por tanto, ya hay respuestas a nivel autonómico. En cuanto a la asistencia letrada, he comentado, señora Uría, que ya está regulado en el artículo 763, por lo que sería una repetición. En el párrafo quinto del artículo 763 se establecen todas las garantías. Por tanto, entendíamos que era volver a repetir, porque ya está regulado. No sé si había alguna cuestión más con respecto a este tema.

En cuanto a lo manifestado por el representante del Grupo Parlamentario Popular respecto a las patologías tipo y garantías tipo. La modificación de este artículo podía ser breve, sucinta o amplísima. Pero teniendo en cuenta que era una reforma que se proponía de la Ley de Enjuiciamiento Civil se prefirió no entrar en matizaciones a nivel sanitario, porque era encorsetar. Es decir, si en un procedimiento civil se enmarcan ya patologías, resulta que lo estamos haciendo mal. Estamos limitando a los médicos y el estudio de nuevas problemáticas que se plantean. Por tanto, nos basamos simplemente en establecer un proceso garantista sin incidir en la cuestión sanitaria. Por mi experiencia puedo decirles la problemática que se está planteando hoy con algunos tipos de patologías mentales que no sabemos qué podemos hacer. Primero. Los enfermos de puerta giratoria —sobre los que se ha hablado—, que es lo que más plantean las familias. Pero también les incluyo las patologías duales, es decir, la enfermedad mental unida al consumo de tóxicos. En Cataluña hay dos o tres centros de salud en los que se tratan las patologías duales. La patología dual es una gran problemática hoy en día, porque como nos explicaba en una reunión un psiquiatra catalán bastante conocido, tradicionalmente los psiquiatras no han querido saber nada de las adicciones. Si el enfermo es un enfermo mental con esquizofrenia y es consumidor de tóxicos, ¿qué dirá el psiquiatra ante la petición de la familia? Lo digo porque el enfermo no lo pide. Como es un enfermo mental y además consume tóxicos, primero que lo desintoxiquen y luego le trataremos el problema de salud mental. La familia acude a los centros de desintoxicación, en los que les dicen: no, como esta persona tiene un problema de intoxicación grave, pero además es un enfermo mental, se han equi-

vocado de ventanilla, vayan primero al centro sanitario para que le compensen de su enfermedad mental y luego tráiganlo aquí para realizar la desintoxicación. Ojo, hay muchos médicos que se están moviendo y se han creado estas unidades de patología dual. Cuando se crea un recurso es porque ya hay una necesidad imperiosa en la sociedad. Enfermos de puerta giratoria, patologías duales, trastornos de personalidad graves, que a nivel psiquiátrico no se sabe exactamente dónde encajar, trastornos psicóticos derivados del consumo de tóxicos. Cada vez se observa más, en las unidades de psiquiatría y en las unidades de urgencia de los hospitales generales, el hecho de personas que ingresan con una patología gravemente psicótica, derivada de un consumo de tóxicos, y se está dando mucho actualmente con las anfetaminas y la cocaína. Según estudios ya realizados, el consumo de tóxicos, como se está realizando ahora, va a comportar graves patologías mentales; a esto también hay que darle respuesta.

Los jóvenes no diagnosticados, este ejemplo que he puesto del Juzgado número 59 en cuanto al tratamiento ambulatorio está teniendo un gran éxito con personas jóvenes, a los que evidentemente tras su observación no es necesario instar el procedimiento de capacidad. No, porque es difícil valorar si una persona a los 20 años tiene capacidad de gobierno a nivel económico y personal. Normalmente es difícil hacer esa valoración, que es lo que se hace como evaluación de capacidad. En el caso de estos jóvenes no diagnosticados, que muchos veces no es una problemática de adolescencia, sino de trastorno mental derivado en muchos casos del consumo de tóxicos, los padres acuden a los juzgados, porque la respuesta sanitaria es escasa. Los tratamientos ambulatorios involuntarios con jóvenes dan buen resultado. Hay una adherencia al tratamiento muy importante. Por tanto, estas patologías no se desarrollaron dentro del artículo 763, pero existen. Este artículo garantiza el hecho de que si los médicos consideran que esas patologías no deben ser tratadas con internamiento, que además ocupan camas innecesariamente, sino a través del tratamiento ambulatorio, el amparo que tendrán frente a la oposición del enfermo es el proceso judicial.

La ley de autonomía del paciente da cobertura al médico, pero no al paciente; totalmente de acuerdo y además tenía que hacerse, señora Uría. El problema fundamental de los médicos es que se van a enfrentar a una querella en cuanto se equivoquen. No señor, yo soy fiscal y también acuso a médicos cuando hay una negligencia y no defienden el corporativismo, pero en el problema de servicios asistenciales nada es blanco ni nada es negro. Por tanto, muchas veces hay que amparar legalmente al médico para que tome una decisión urgente y necesaria. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)** Se respalda al médico, no al paciente. El artículo 763 en su reforma sí que ampara al paciente.

En cuanto a la normativa de instrucciones previas, tienen razón, porque incluso las personas incapacitadas —me refiero a la incapacitación legal con nombra-

miento de tutor— está permitido en el Código Civil el hecho de que otorguen testamento en período lúcido. Por qué no van a otorgar unas instrucciones previas. ¿Por qué no? Lo que ocurre es que las instrucciones previas —no sé si la señora Uría estará de acuerdo— cuando se reguló la Ley de autonomía del paciente tampoco se estaba pensando en los trastornos mentales. Se estaba pensando que el día de mañana, si caemos en una enfermedad grave —y no queremos que se nos den tratamientos que no sean solamente paliativos, sino de recuperación— podamos decir a los médicos: no experimenten conmigo, no me traten más, déjenme morir. Ese era el espíritu de la normativa de las instrucciones previas. No creo que estuvieran pensando en que un enfermo mental manifestara: no me apliquen tratamiento cuando esté en brote psicótico. Por tanto, añadirlo en el artículo 763 crearía más confusión que beneficio, sin perjuicio de que hay una norma que deben aplicar los jueces y evidentemente si esa persona ha hecho una escritura pública o una manifestación, más que diciendo qué tipo de tratamiento se le tiene que aplicar, indicando qué tratamiento no quiere o en qué centro no quiere que se le ingrese, se tendría que tener en cuenta. O bien, lo que es muy importante, nombrar qué persona es la que quiere que decida por él. No mi mujer, no mi hijo, sino fulano de tal, porque en esa persona es en la que confío y es la que quiero que decida por mí en el caso que yo no pueda hacerlo. Nombrar representante y, sobre todo, más que decir qué tienen que hacer conmigo, qué no quiero que hagan conmigo. Porque recordemos una cosa, resulta que ahora dependiendo del barrio en el que vives te toca determinado centro de salud mental, está sectorizado. A veces resulta que tu experiencia dentro de ese sector no es muy buena, preferirías ser atendido en otro centro de salud mental. Para esto sí que irían bien las instrucciones previas, teniendo en cuenta la voluntad del paciente. Ahora bien, el paciente puede decir: no quiero que me traten. Quizás esto sea más perturbador, porque si tenemos que hacer caso de eso, en cuanto nos encontremos con unas instrucciones previas en ese sentido no vamos a aplicar ningún tratamiento.

Señor Fuentes, en cuanto a si los debates entre juristas y entre médicos no son pacíficos. Una de las cosas que me sorprendió mucho en los debates que hubo en Feaces —que es una sala en la que nos reunimos muchas personas de a pie hablamos, comentamos y contamos nuestras experiencias— es que los juristas no teníamos puntos de vista diferentes o muy diferentes, cada uno hacía su aportación. A nivel sanitario, hubo verdaderas situaciones tensas entre los médicos que comparecieron allí y me sorprendió la desconfianza que los médicos tienen de los médicos. No se hablaba de si había que tratar o no al paciente, y al paciente hay que tratarlo. Estuvo el señor Carcedo Ordoñez y estuvo el señor Alvaro Iruin y hubo una situación, que él explicó aquí, de verdadera tensión, y el señor Iruin tuvo que decir: No duden ustedes de mi honestidad. Yo

tengo un código ético detrás y tengo un comité de ética. Evidentemente, yo no voy a aplicar a un enfermo mental un tratamiento por mi capricho, solo si considero que es beneficioso para él y que va a dar resultado, porque, si no, ¿para que le voy a someter a ningún tratamiento? En cambio, había una posición muy enfrentada en la que se manifestaba claramente la desconfianza hacia los médicos. Si hay esa desconfianza hacia los médicos, no entiendo por qué los médicos rechazan someter esto ante un tribunal en el que puede haber contraposición de opiniones médicas, porque el juez, además del forense, puede pedir otras opiniones médicas.

No estoy de acuerdo en que esto sea atajar un problema por la vía rápida. El problema es que la ley es de 1986, y 19 años no son una vía rápida, es que es necesario hacer algo. Como bien han dicho, salvo la voluntariedad de algunos centros de salud mental, porque detrás tienen personas empujando —a mí me consta que en Cataluña, que es donde vivo yo, ha pasado eso—, no vamos a atajar nada por la vía rápida. En 19 años los médicos —digámoslo de forma muy clara— no se han puesto las pilas, y resulta que a raíz de este debate todo el mundo quiere aportar soluciones, y me parece extraordinario. A ustedes les toca aprobar esto o no aprobarlo, pero yo me doy por satisfecha solo con la incidencia que ha tenido esto para que a nivel de comunidades autónomas se convoque a la gente para decir: Parece que hay un problema y nos vamos a mover.

En cuanto a la función del juez, qué papel cumple, si es un juez garantista o es una autoridad que conmina, creo que el juez es una autoridad. Antes comentaba con el vicepresidente la necesidad de conservar las formas, la toga, el hecho de que el ciudadano sabe que es el juez. Es algo tan sencillo como lo siguiente: Si tu madre te dice que tienes que hacer determinada cosa, no la haces; si te lo dice un médico, la haces; si te lo dice un extraño, quizás tiene más razón el extraño que el entorno familiar; si te lo dice un juez, por ese efecto conminatorio, por ese principio de autoridad que no vamos a discutir aquí, ya es oportuno y es necesario. Esto sirve, además, para apoyar a los médicos. Si el servicio sanitario no se ve con suficiente autoridad, el apoyo que pueda darle la autoridad judicial debe ser bien aceptado. Esa función de autoridad innata en el hecho de ser juez no impide que el juez sea sobre todo garantista y el procedimiento así lo desarrolla. El juez oye a las partes, oye siempre al enfermo y oye a las personas que el enfermo quiere que sean oídas. Por tanto, ahí sí que se tiene en cuenta el derecho a la libertad del paciente, porque el paciente es oído, es en el único proceso en el que es oído.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Quizás por la trascendencia y por la importancia de los temas traídos a colación por la compareciente, sería oportuno dar la palabra a los grupos para hacer alguna

puntualización con mucha brevedad. Parece ser que todos tienen interés. Les ruego la brevedad y precisión necesarias para este tipo de cuestiones.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Quiero insistir, aunque no quisiera parecer cabezona, en la asistencia letrada. De los términos del 763, tal y como está ahora, en el punto 3, la entiendo vinculada a la autorización de internamiento y además está en términos de podrá, no de deberá. No sé si debíamos trasladarlo —porque se podría interpretar que está solo referido a la autorización para internar o para continuar internado— al punto 5 que pretendemos añadir, en el bien entendido supuesto de que desde mi perspectiva los derechos de los ciudadanos se defienden por el ministerio fiscal, como define el mandato constitucional. Entonces, tampoco sé si entorpecemos más el procedimiento o es imprescindible, es decir, estando el ministerio fiscal presente, no deberíamos poner deberá en vez de podrá como está ahora contemplado.

La señora **FISCAL DE LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA Y RESPONSABLE DEL SERVICIO DE INCAPACITACIONES** (Soriano Campos): Lo del deberá y podrá ya se discutió cuando, en la ley del año 2000, se hizo la reforma del enjuiciamiento civil y el procedimiento fue sacado de la norma sustantiva del Código Civil y fue puesto en su lugar en una norma de procedimiento. Por la experiencia práctica que tengo, el deberá quizás era más perturbador. El deberá suponía que en todos los procedimientos de internamiento —me refiero al texto legal actual— tenía que comparecer un abogado de oficio. Según mi experiencia, el hecho de que sin pedirlo el enfermo, sin tener conciencia de ello aparezca un abogado allí es totalmente gratuito e incluso perturbador, porque entonces el enfermo mental, el pobre, ya no sabe lo que está pasando. Por tanto: Podrá, a petición. Y no hace falta una petición formal, solo con una insinuación, por ejemplo: quiero que me asista alguien —y lo dicen—, aparece un abogado. Nosotros interpretábamos que en la redacción del artículo 763, como está dentro del contexto, no hacía falta repetirlo. No es un artículo aparte, porque entonces sí que sería necesario, señora Uría. Como está dentro del propio contexto ya está regulado que siempre puede haber asistencia letrada.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): A continuación tienen la palabra el señor Martín Soledad y el señor Fuentes Guzmán y después la señora Soriano contestará conjuntamente a las dos puntualizaciones.

Tiene la palabra el señor Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Con un poco de humor, quiero decirle que estamos empatados. Aquí hemos tenido cuatro comparecencias de psiquiatras,

dos a favor y dos en contra, y también hemos tenido la presencia de dos fiscales, uno a favor y uno en contra.

Antes le comentaba que quizás fuera necesario centrar o constreñir la norma para que no crease una cierta alarma entre familias, profesionales y pacientes y para no correr el riesgo de que fuese una medida muy discrecional en la que un informe único de un facultativo contaminase un poco la decisión que pudiese tomar un magistrado, un fiscal e incluso un forense. Simplemente quiero preguntarle, como médico y no como jurista, si encorsetaríamos la norma introduciendo: de manera excepcional y tras solicitud motivada por dos psiquiatras; continuando después con: asistencia letrada, presencia de forense... Esto serviría sobre todo para introducir garantías dentro de una norma que, queramos o no, estemos a favor o no, crea rechazo por parte de afectados, de profesionales y de asociaciones de familias.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Señor Fuentes.

El señor **FUENTES GUZMÁN**: Señora Soriano, antes se me olvidó hacer una pregunta que me gustaría que fuera contestada en esta comparecencia: ¿Qué medios considera usted que puede utilizar el juez para que un paciente acuda a un servicio de salud mental? Lógicamente, tenemos que entender que algún tipo de coerción hay que ejercer sobre este enfermo y a nosotros también nos preocupa la fórmula que hay que utilizar para que esto se lleve a efecto, porque están en juego no solamente las garantías constitucionales del paciente, sino un cierto grado de estigmatización que conlleva todo este tipo de procedimientos sobre el propio enfermo y sobre la propia enfermedad. En relación con esto y según su experiencia, ¿en qué patologías ha sido más efectivo el ejercicio de la autoridad por parte del juez para que un paciente se someta a un tratamiento no voluntario? El señor Iruin, al que usted ha mencionado y por tanto conoce, nos manifestaba en su comparecencia de ayer que el protocolo que se estaba utilizando en el servicio de salud vasco sólo estaba siendo efectivo en el caso de las psicosis, pero no lo estaba siendo en las patologías duales, en las que existe un trastorno mental asociado a un consumo de tóxicos o en las que existen trastornos de la personalidad. El señor Iruin nos decía que no estaba siendo muy efectivo, pero sí, por el contrario, en los casos de psicosis. Señora Soriano, ¿cuál es su experiencia en este sentido?

La contestación que usted ha dado a la señora Uría me ha suscitado un problema de interpretación. Por un lado, tenemos un trámite de audiencia que viene recogido en la reforma que se pretende (estamos hablando de un trámite de audiencia a una persona que se encuentra en un periodo crítico de su enfermedad y, lógicamente, no puede estar en las mejores condiciones para que ese trámite de audiencia sea efectivo) y, por otro lado, se habla de la asistencia de un letrado, pero, aun-

que el enfermo tuviera un letrado particular, todos sabemos que normalmente se suele acudir al procedimiento del abogado de oficio para cubrir este tipo de necesidades de garantía. Por tanto, si la figura del abogado es perturbadora para el enfermo y éste no se encuentra en la mejor situación para cumplir su trámite de audiencia, ¿cómo salvaríamos el derecho que tiene el paciente a ser oído por el juez en las mejores condiciones?

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Antes de conceder la palabra a la compareciente, vamos a dársela al representante del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) señor Jané, que ya se encuentra en esta Comisión. Señor Jané, por favor, con brevedad, dado lo avanzado de la hora.

El señor **JANÉ I GUASCH**: Gracias, señor presidente.

En primer lugar, agradezco a la señora Remei Soriano su comparecencia hoy aquí, que había pedido mi grupo parlamentario, y agradezco también la deferencia del presidente en dejarme intervenir ahora. Vengo de otro debate parlamentario que me ha coincidido temporalmente, pero leeremos en el «Diario de Sesiones» las aportaciones de la señora Remei Soriano.

En este momento nos encontramos en el trámite de enmiendas, que hemos sujetado previamente a la celebración de estas comparecencias. Evidentemente, la señora Remei Soriano no es favorable a una enmienda a la totalidad de devolución de la propuesta que estamos tramitando en esta Cámara; por el contenido de su intervención, es favorable a que se tramite una propuesta. Tal y como se está tramitando, ¿habría alguna enmienda específica que se pudiera sugerir a esta ponencia que en los próximos días tendremos la responsabilidad de legislar?

También quisiera abrir una reflexión. Mi grupo presentó la proposición de ley y lo hizo con un buen propósito, que era intentar dar una solución a lo que entendíamos que podían ser algunos supuestos problemáticos. Ha habido comparecientes de signo distinto, todas tienen la legitimidad de ser personas experimentadas y próximas a la realidad que regulamos, pero seguimos con esa disparidad de comparecencias en esta Comisión y, al final, nosotros tendremos que legislar y tomar la responsabilidad. Como la solución nunca es blanca o negra, quería incidir en este aspecto de buscar algún punto de acuerdo y pedirle que, desde su propia experiencia jurídica en este ámbito, nos pueda aportar alguna enmienda que contribuyera a buscar ese necesario equilibrio que en este momento la propuesta inicial no está consiguiendo.

Señor presidente, al Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) nos gustaría que, al final, la solución que adoptáramos en esta Cámara desde la Comisión de Justicia fuera lo más consensuada posible.

Por tanto, agradecemos a la señora Remei Soriano su experiencia y su labor en este ámbito, que es de agradecer, y también el contenido de su comparecencia.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Gracias, señor Jané, por su brevedad.

Ahora sí concedemos de nuevo un turno de respuesta y de aclaración a la señora compareciente para que conteste, dentro de lo que cabe con la brevedad posible, a todas las insinuaciones y sugerencias, así como preguntas que se han formulado por los grupos.

Tiene la palabra la señora Remei Soriano para finalizar su comparecencia.

La señora **FISCAL DE LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA Y REponsable DEL SERVICIO DE INCAPACITACIONES** (Remei Soriano): Trataré de responder a los comentarios o preguntas que se han realizado.

El representante del Partido Popular preguntaba si se necesitarían más garantías, que no solo fuera el informe de un facultativo, sino de un par de facultativos. Quizá no es lo más importante. Entiendo que el facultativo no es solo el psiquiatra, sino el equipo; además, cuando se hace una propuesta de un plan terapéutico, no afecta solo al psiquiatra sino también al psicólogo, al trabajador social, etcétera. No se nos había planteado si hacía falta uno o dos. No sabemos por qué en el sumario intervienen dos forenses y por qué en las diligencias previas interviene un forense. ¿Da más garantías? Como ustedes quieran, pero yo creo que es poner más trabas, más inconvenientes, porque entonces no se cumplirá una formalidad: Necesitamos dos psiquiatras, como solo trae uno, el juez ya no puede entrar a estudiarlo. Lo dejo a su criterio, pero creo que conque haya una propuesta de tratamiento, luego el juez puede hacer entrar a cualquier otra persona, es decir, si no lo ve claro, puede pedir consejo, aparte del forense, a otros profesionales.

En cuanto a las patologías, creo no corresponde a la Ley de Enjuiciamiento Civil hacer un decálogo de patologías, sino que tienen que ser los médicos, en sus protocolos, reglamentos o como quieran llamarlos. Ustedes tienen que establecer, con una base de profesionalidad y de posible efectividad, cuáles son las patologías en las que ellos pueden considerar que es necesario o que es efectivo aplicar un tratamiento ambulatorio involuntario. Creo que no tiene que circunscribirse a la Ley de Enjuiciamiento Civil, porque volveríamos a encorsetar; además, no tiene que ser el juez el que elija la patología, tienen que ser los médicos los que elijan, digámoslo así, la patología.

El señor Fuentes preguntaba qué medios puede utilizar el juez. Sólo hay una experiencia en San Sebastián. ¿Qué medios utiliza el juez? El juez es garantista y el juez oye al enfermo, y eso es un imperativo legal en los procedimientos de capacidad, en los procedimientos de internamiento y espero que en los procedimientos de tratamiento involuntario. Hay un factor sociológico y

es que es el único procedimiento, incluso antes de las últimas reformas de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal que abogan por la inmediación, por ejemplo en el de capacidad de las personas, es decir, antes de la declaración de incapacidad, en el que un juez examinaba al enfermo personalmente, aunque sea para decir, en los procesos de incapacidad, que el enfermo no puede decir nada, que el enfermo está en coma, pero el juez tiene que verlo, siempre, y creo que eso es totalmente necesario. Además, hay que tener en cuenta que si los médicos pretenden someter a una persona a tratamiento ambulatorio, hay que suponer que no está en una fase tan descompensada, porque entonces estarían pidiendo un internamiento; pero incluso en el internamiento psiquiátrico el juez siempre habla con el enfermo, ya sea en sede judicial antes de autorizar el internamiento o bien porque el juez se traslada al centro psiquiátrico y habla con el enfermo antes de decir si el internamiento realizado por los sanitarios es acertado o no. Siempre, eso lo tienen los jueces muy claro, siempre.

Respecto a los medios que puede utilizar el juez, aparte de su principio de autoridad cuando dicta una resolución después de oír la opinión del enfermo, recabar las opiniones de los que el enfermo mismo manifieste, citar a un abogado para que le asista también en sus derechos, en la posible interposición de una apelación, etcétera, los medios que puede utilizar el juez son la notificación y decir que él ha valorado y que entiende que los médicos en este caso pueden aplicar ese tratamiento en su favor. ¿Qué medios coercitivos, medios policiales? Los medios coercitivos policiales se están utilizando ahora por los juzgados —tengo aquí resoluciones de los juzgados de Barcelona y creo que ocurre en todos— y en los internamientos psiquiátricos. Cuando las familias piden internamientos psiquiátricos, lo primero que se hace —tipo de procedimiento ya general— es enviar un telegrama al supuesto enfermo para que comparezca en el juzgado. Si comparece, muy bien; si no comparece, se envía a la guardia urbana para que le traigan. Estas resoluciones son del Juzgado 40 de Barcelona —pueden preguntar a la magistrada, que comparecerá hoy—, pero es que además son los medios que hay. Quiero decir que no nos llevemos ahora las manos a la cabeza preguntándonos qué medios coercitivos utilizarán. Los medios que tiene ahora el juzgado son los previstos en la reforma del año 1983, y lo que querrían los juzgados sería tener servicio sanitario para hacer esos transportes, para hacer esa búsqueda del enfermo y que venga al juzgado, pero como no se ha aplicado o desarrollado la ley sanitaria, el juez sólo cuenta con la guardia urbana, y en este caso los jueces están autorizando incluso a que la guardia urbana entre en la vivienda, si es necesario acudiendo a los bomberos y con el empleo de la fuerza necesaria para traerlo al juzgado. Hasta ahora, desde el año 1983, es como se están haciendo las autorizaciones de internamiento involuntario, y nadie lo ha discutido.

En cuanto al trámite de audiencia, creo que ya he dicho que es ineludible que el enfermo, esté en el estado que esté, sea oído, lo cual es una carga para los juzgados, nadie quiere ser juez de incapacidades porque ahí hay una carga social y afectiva bastante importante.

Experiencia en cuanto a las patologías. No puedo explicar mi experiencia porque en Barcelona oficialmente no se llevan a efecto esos tratamientos involuntarios. Lo que sí he explicado anteriormente en mi exposición es que con personas jóvenes ha resultado muy efectivo y, respecto a patologías duales y esquizofrenias, creo que con las esquizofrenias sí, y con patologías duales, como no se está haciendo legalmente, es decir, con una formalidad por parte del juzgado, no puedo explicar cuál es la experiencia.

Señor Jané, en cuanto a enmiendas a sugerir, eso les toca a ustedes. **(El señor Jané i Guasch: Sugerirlas no, presentarlas.)** Yo soy una aplicadora del derecho y ustedes son los que me legislan. Lo que sí puedo decir es que en el artículo 763 no está previsto oír a los familiares, y yo creo que, como la propuesta venía de los familiares, no quisieron añadirlo para que no se viera como una presión de los familiares, pero yo como jurista, como persona que estoy trabajando en los tribunales, creo que hay que oír al enfermo, hay que oír al médico, pero también a los familiares o a su entorno, igual que es una prueba preceptiva en el proceso de capacidad la audiencia del juez al enfermo, examen por facultativos y oír a los parientes, porque son los que te aportan el día a día, el entorno, la realidad de la que no nos damos cuenta en una sala de juzgado. Eso quizá sí lo añadiría, y lo digo porque no soy familiar y los familiares no se atrevieron. Yo creo que habría que añadirlo. Esa es la única sugerencia.

En cuanto a la posible conciliación de posturas, yo creo que el hecho de redactar este artículo no va a estigmatizar a los enfermos, sino que va a solucionar muchos temas e incluso a apoyar a los médicos que sí están actuando ahora, pero quizá puedan ellos mismos reflexionar en cuanto a que están realizando una limitación de derechos fundamentales y querrían, primero, que una tercera persona, la autoridad judicial, respaldara si eso es adecuado o no y, si una autoridad judicial dice que a un enfermo no hay que aplicarle ese tratamiento, acatarlo.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Habiendo finalizado, reiteramos nuestro agradecimiento por su documentada y oportuna intervención, que ha sido de gran interés y tenemos la certeza absoluta de que será de máxima utilidad para los trabajos de la ponencia de esta Comisión, y agradeciendo su intervención de nuevo suspendemos la sesión brevemente, por tres minutos, para dar paso al siguiente compareciente. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.—Pausa.)**

— **DEL SEÑOR MAGISTRADO DE LA SALA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO DE LA AUDIENCIA NACIONAL (TERRERO CHACÓN). (Número de expediente 212/000495.)**

El señor **PRESIDENTE**: Reanudamos la sesión.

Quiero agradecer y dar la bienvenida, en nombre de toda la Comisión, a don José Luis Terrero Chacón, magistrado de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional, que, como todos los anteriores comparecientes, va a informar sobre la proposición de ley de reforma de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Sin más rodeos, le damos la palabra al señor Terrero.

El señor **MAGISTRADO DE LA SALA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO DE LA AUDIENCIA NACIONAL** (Terrero Chacón): Voy a hacer una pequeña introducción. En primer lugar, me gustaría agradecer a la Comisión de Justicia del Congreso la deferencia que ha tenido invitándome a esta comparecencia relacionada con la proposición de ley de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular los tratamientos no voluntarios de personas con trastorno psíquico. Espero que mi modesta aportación pueda ayudarles en la difícil tarea legislativa que tienen encomendada.

Por otro lado, también me gustaría explicar que mi presencia ante ustedes podría justificarse por dos razones: en primer lugar, porque fui uno de los primeros jueces que se dedicó exclusivamente a la materia de incapacitación en Madrid ya hace diez años y, en segundo lugar, porque en la actualidad formo parte del patronato de la Fundación Independiente para la Defensa de Enfermos Mentales Manantial, que actúa principalmente en la Comunidad Autónoma de Madrid, donde gestiona recursos y servicios relacionados con la salud mental. Considero que mi intervención aquí debe responder a esta segunda condición, por cuanto hace ya años que no ejerzo cometidos jurisdiccionales relacionados con las materias de incapacitación.

Sentado lo anterior, quisiera comenzar mi breve exposición poniendo de manifiesto que la situación de los enfermos mentales en España ha mejorado considerablemente en los últimos veinte años. La integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario y la equiparación del enfermo mental al resto de los pacientes usuarios de servicios sanitarios ha incidido muy positivamente y ha contribuido notablemente a evitar la tradicional estigmatización de la enfermedad mental. Ahora bien, por mucho que pretendamos equiparar a los enfermos mentales con el resto de los enfermos usuarios de los sistemas de salud, no podemos obviar que la enfermedad mental presenta una serie de características propias singularmente y en lo que ahora interesa que son las siguientes.

En primer lugar, muchas enfermedades mentales, especialmente las más graves, inciden en la capacidad intelectual del enfermo, limitando sus facultades de

libre elección y decisión. En segundo lugar, las limitaciones en la libertad de juicio propias de las enfermedades mentales, sobre todo de las más graves, pueden llevar al paciente, cuando la enfermedad se manifiesta en forma aguda, a actuar en contra de sus propios intereses o de los intereses de terceros. En tercer lugar, diversos factores, como la repercusión social de la enfermedad mental, la incidencia de la enfermedad en las facultades intelectuales del enfermo o los efectos secundarios de algunos tratamientos, condicionan la propia aceptación de la existencia de la enfermedad por parte de estos enfermos mentales, especialmente, insisto, por los que padecen patologías más graves. Por otro lado, y aunque desafortunadamente no se ha avanzado en la investigación de los orígenes y posibles formas de curación de las enfermedades mentales tanto como con relación a otros campos de la medicina, sí se ha producido un espectacular avance en el descubrimiento de nuevas clases de fármacos y tratamientos que se han manifestado considerablemente eficaces para paliar los efectos sintomáticos de gravísimas enfermedades mentales como la esquizofrenia, la psicosis maníaco depresiva, la depresión endógena, etcétera. De esta forma en la actualidad existe un elevado número de enfermos mentales que pueden llevar una vida prácticamente normal si se encuentran debidamente medicados, compensados, utilizando la terminología médica. Por el contrario, el abandono de la medicación por dichos enfermos conduce a que, más tarde o más temprano, estos graves síntomas de la enfermedad se manifiesten y los enfermos concluyan ingresado en centros hospitalarios. Después del ingreso, el enfermo se compensa; tras ser sometido a la medicación, vuelve a la vida diaria, donde, si continúa el tratamiento, no plantea ningún problema, pero si lo abandona —que es lo más frecuente—, vuelve a descompensarse y pocos meses después de nuevo es obligatorio el ingreso involuntario del paciente. Hay que tener en cuenta un tema importante, que el ingreso de un enfermo mental en un centro hospitalario a consecuencia de una crisis aguda repercute muy negativamente en su enfermedad, la agrava y acelera su deterioro mental. En este estado de cosas, los familiares de los enfermos han venido solicitando, de manera prácticamente unánime, que se articulen medidas legales que permitan el sometimiento de los enfermos a tratamientos ambulatorios no voluntarios, y fruto de esta demanda es la proposición de ley del Grupo Parlamentario de Convergència i Unió objeto de esta comparecencia.

Antes de valorar la referida propuesta, me gustaría recordar que la posibilidad de someter a personas con trastornos psíquicos a tratamientos médicos no voluntarios se encuentra recogida en diversos textos internacionales y se ha incorporado a la legislación de numerosos países occidentales. Concretamente, se refieren al tratamiento forzoso de enfermos mentales la Resolución de Naciones Unidas 46/119, de protección de los

enfermos mentales para el mejoramiento de la salud mental, en su punto noveno; el manifiesto regional europeo de la Federación Mundial para la Salud Mental, aprobado en Praga en 1991; la Declaración mundial, de 25 de agosto de 1996, aprobada por el Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría, punto primero y cuarto; la Declaración de Hawai, aprobada por la misma Asamblea General en 1983, y lo que es más importante, la Recomendación 2004 del Comité de Ministros del Consejo de Europa, adoptada recientemente, el 22 de septiembre de 2004.

En el derecho comparado son países que admiten y regulan el tratamiento no voluntario de enfermos mentales, entre otros, Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda, Australia, y dentro del ámbito europeo, Italia, Inglaterra, Francia, Alemania, Portugal, etcétera. En España actualmente no se recoge en nuestra legislación ninguna disposición normativa que se refiera expresamente a la posibilidad de aplicar tratamientos no voluntarios a enfermos mentales pero, desde mi punto de vista, los amplios términos de la tutela cautelar y la aplicación del principio general del derecho de que quien puede lo más puede lo menos, permiten actualmente al juez autorizar medidas de estas características, de hecho hay algunos jueces que ya la están aplicando. No hay duda que una regulación expresa sobre el particular daría cobertura legal a la medida, acabaría con la incertidumbre sobre la posibilidad de su adopción y contribuiría a garantizar el principio de seguridad jurídica. Considero, por tanto, muy positivo que se proceda a regular esta materia. Entiendo, además, que la regulación legal que se propone no plantea problemas en cuanto a su constitucionalidad o legalidad, por lo que las sugerencias que puedan hacerse al proyecto deben enfocarse desde la perspectiva de su oportunidad y corrección técnico-legislativa.

Por lo que se refiere a la oportunidad de la reforma, me gustaría manifestar lo siguiente. Desde mi punto de vista, establecer procedimientos que permitan someter a los enfermos mentales a tratamientos ambulatorios no voluntarios es positivo para el enfermo, para sus familiares y para la sociedad en general. Para el enfermo, en cuanto que el tratamiento ambulatorio puede evitar su internamiento hospitalario, que es mucho más restrictivo para sus derechos individuales y muy perjudicial para su salud. Es el único procedimiento para evitar el ingreso hospitalario de los enfermos que no tienen conciencia de enfermedad. En segundo lugar, para los familiares, en cuanto contarán con una ayuda externa que les permita convencer al enfermo para que se someta a tratamiento, haciendo más fácil la vida familiar y más soportable la encomiable labor de atender a los enfermos mentales. No debemos olvidar que en nuestro país, por deficiencias del sistema de salud, el verdadero peso de la atención a estos enfermos se reside en las familias. Y para la sociedad, en cuanto que disminuirán considerablemente los costes sanitarios y se facilitará la integración del enfermo en la

comunidad, ya que, como hemos apuntado anteriormente, un enfermo mental debidamente medicado pueda llevar a cabo, en muchos casos, una vida prácticamente normal.

Es cierto que el tratamiento involuntario supone una limitación a la libertad del paciente, pero debemos preguntarnos si un enfermo mental que carece de conciencia de enfermedad y, por tanto, entiende que no debe someterse a tratamiento, actúa libremente o condicionado por su propia enfermedad. Además, la limitación de la libertad del paciente se justifica por el beneficio terapéutico que le reportará el tratamiento y la evitación de una restricción de libertad aún mayor, la que derivará de su seguro internamiento involuntario. Considero, además, que los argumentos que hasta ahora se han manifestado en contra del establecimiento de los tratamientos no voluntarios pueden rebatirse. Estos son algunos de los argumentos y su réplica. Se dice, en primer lugar, que no es conveniente el establecimiento de una legislación específica para las personas que sufran trastorno mental por considerarla discriminatoria y estigmatizante. Considero que la enfermedad mental, como he dicho anteriormente, presenta, sin embargo, una serie de singularidades que obligan a la adopción de medidas especiales. ¿O no es especial la norma que regula el internamiento involuntario? ¿Puede cuestionarse la necesidad de esta medida? En segundo lugar, se dice igualmente que hasta el momento no existe evidencia científica sobre la eficacia del tratamiento obligatorio ni recomendaciones sobre la conveniencia de establecerlo legalmente. Entiendo, por el contrario, que si el tratamiento ambulatorio no fuera eficaz, nada perderíamos con su implantación y si, al final, resulta práctico, conseguiremos considerables beneficios. Además, existen recomendaciones sobre el particular y la medida se aplica en varios países de nuestro entorno sin que conste que se cuestione su aplicación. En tercer lugar, se advierte que la judicialización del tratamiento puede fomentar actitudes de inhibición o despersonalización de los profesionales sanitarios. Considero, por el contrario, que el control judicial del tratamiento determinará un mayor interés por parte de este personal y de hecho se comprueba que el internamiento involuntario controlado judicialmente lleva consigo un mayor interés de los profesionales sanitarios que llevan a cabo las actuaciones médicas propias con relación al enfermo ingresado. En cuarto lugar, el carácter forzoso del tratamiento hará que solo pueda objetivarse el cumplimiento del tratamiento farmacológico, sin que se pueda garantizar la existencia o adherencia de un plan terapéutico o rehabilitador, se argumenta en contra de la adopción de la medida. Sin embargo, creo que el tratamiento puede extenderse también a los ámbitos terapéutico y rehabilitador y, aunque consiguiéramos que el enfermo estuviera tratado farmacológicamente, ya sería un logro suficiente que justificaría la adopción de la medida. En quinto lugar, algunos dicen que la propuesta normativa que estamos discutiendo puede des-

viar la atención sobre el verdadero problema de fondo y conseguir que el deficiente modelo sanitario actual se perpetúe. No creo que las deficiencias del sistema sanitario en el ámbito de la salud mental deban obstaculizar medidas legislativas favorables para los enfermos y sus familias.

Finalmente, se habla de que el tratamiento forzoso del enfermo mental vulneraría la autonomía del paciente. Desde mi punto de vista, las disposiciones relativas a la autonomía del paciente, y entre ellas las instrucciones previas, que son objeto de constante discusión, parten de la base de un paciente capaz y libre, y un enfermo mental que se niega a medicarse por no tener conciencia de enfermedad difícilmente puede calificarse como libre y plenamente capaz. Además, frente al enfermo convencional, el enfermo mental no medicado puede llevar a cabo actos muy perjudiciales contra sí mismo y contra terceros. Además, ¿no vulneraría también la autonomía del paciente el internamiento involuntario? ¿No se medica al enfermo mental contra su voluntad cuando está ingresado involuntariamente?

En fin, aun siendo partidario de regular normativamente el tratamiento no voluntario de enfermos mentales, este tratamiento debería sujetarse a una serie de requisitos que paso a exponer brevemente. En primer lugar, el tratamiento debe proponerse por el médico, que es el responsable de valorar su necesidad y conveniencia, y debe autorizarse por el juez, previa audiencia del enfermo y de un facultativo independiente. La autoridad judicial debe proceder también a la revisión periódica de la autorización de tratamiento. En segundo lugar, considero que el tratamiento debe acordarse siempre que sea beneficioso para el enfermo desde el punto de vista terapéutico, sin que puedan llegarse a autorizar tratamientos con la finalidad de solventar una situación conflictiva social o familiar. En tercer lugar, entiendo que el tratamiento debe extenderse a todos los componentes necesarios para la mejora de la salud del enfermo; es decir, tanto a los farmacológicos como a los terapéuticos, rehabilitadores, psicosociales, etcétera, y debe ser flexible, proporcionado y adecuado a los diferentes tipos y clases de enfermedad. Finalmente, en el establecimiento del tratamiento debe tenerse en cuenta, siempre que sea posible y en función de las circunstancias del caso, la opinión del enfermo, del paciente.

Remitiéndome a la concreta proposición de ley objeto de esta convocatoria, me gustaría hacer las siguientes observaciones. En primer lugar, considero acertada la ubicación sistemática de los tratamientos no voluntarios en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, concretamente como párrafo quinto, si bien vendría modificar el título de citado precepto, actualmente referido exclusivamente a los internamientos no voluntarios, de manera que su rúbrica comprenda el internamiento y el tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. También podría incluirse alguna referencia a los tratamientos no voluntarios en la nor-

mativa que afecta a la autonomía del paciente, concretamente en la Ley de Autonomía del Paciente. En segundo lugar, la exigencia de audiencia del enfermo, siempre previa a la autorización judicial del tratamiento, va a mermar considerablemente la aplicación de la medida ya que si el enfermo no consintió en acudir al médico para someterse al tratamiento voluntario es muy probable que tampoco acuda al llamamiento judicial. Además, debemos advertir que el propio artículo 763 de la ley permite, en casos de urgencia, el internamiento involuntario previo a la autorización judicial. En todo caso, creo que la medida va a tener un considerable efecto positivo como solución negociada para anticipar el alta hospitalaria en supuestos de internamientos involuntarios.

Una de las cuestiones que más preocupa a los sectores sociales relacionados con la enfermedad mental y que se ha puesto de manifiesto en la comparecencia previa es la posible intervención de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en la ejecución forzosa del tratamiento, por esta razón sería conveniente insistir en la responsabilidad del dispositivo sanitario sobre la ejecución del tratamiento, utilizando en el párrafo segundo del precepto que comentamos la expresión: dispositivo sanitario responsable de la ejecución del mismo. Finalmente, también podría incorporarse al precepto un último párrafo que sujetara la prórroga del tratamiento a la resolución judicial.

El señor **PRESIDENTE:** En nombre del Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA:** Gracias, señor Terrero, por sus explicaciones y, sobre todo, gracias por la explicación inicial referida a su antiguo destino judicial y su experiencia de ahora vinculada a una determinada asociación, porque, como en el orden del día solo figura usted como magistrado de lo contencioso, yo me preguntaba qué decisiones de la Administración pueden residenciarse en la Audiencia Nacional que sean objeto de examen por la Sala de lo Contencioso. Me parece, en todo caso, que aún usted dos factores importantísimos, sus conocimientos jurídicos, su paso por un juzgado de incapacidades y, ahora, la experiencia extrajudicial, en la que verterá, sin ninguna duda, sus conocimientos de antes.

Usted es abiertamente partidario de que se proceda a la regulación, así lo ha manifestado en su comparecencia, y debo manifestarle que mi formación política también cree que puede resultar de enorme utilidad, por eso aceptamos tomar en consideración la iniciativa y, si bien vamos saliendo poco a poco de las dudas que se nos planteaban antes de formular enmiendas, quiero aprovechar para hacerle algunas preguntas. Me ha parecido bien, y es el primero que lo dice, la sugerencia de cambiar el propio encabezamiento del artículo, puesto que ya no estaría —el 763— dedicado solo a los inter-

namientos, sino también a los tratamientos externos, pero me ha parecido también que indicaba algo en lo que sí han insistido otros y me gustaría que lo matizara. Creo que hablaba de dos profesionales médicos, no sé si se refería meramente al forense o a quien haya recomendado que se solicite la autorización judicial para el tratamiento externo o el segundo sería, insisto, el que fuese forense del juzgado, no lo sé, pero en comparecencias anteriores se ha aludido a si era conveniente introducir en el procedimiento la necesidad de contraste. Asimismo, se ha referido usted a que el criterio para solicitar una medida de este estilo ha de ser siempre el bien del enfermo y no el quitar de en medio un problema —si se me permite manifestarlo de una forma tan gráfica— al entorno familiar o de amigos del paciente. ¿Le parece, entonces, que la expresión que se utiliza en el proyecto »cuando así lo requiera la salud del enfermo« es insuficiente como norte que ha de alumbrar la decisión judicial que se pudiera establecer al respecto?

Después, puesto que lo hemos debatido y se le ha preguntado a la fiscal que ha comparecido con anterioridad a usted, está la conveniencia o no de introducir la obligatoriedad de la asistencia letrada o solo en términos de podrá, para si así se solicita, y no se complicaría más la situación, teniendo en cuenta que los derechos de los ciudadanos se defienden también, por obligación constitucional, por el ministerio público.

Última cuestión. Ha aludido usted a hacer alguna reforma en la Ley de Autonomía del Paciente, además de la que aquí se haga en el proceso. La formación política a la que represento entiende que, como ley básica, la ley contiene ya todos los elementos. Quizá las normas propias de las comunidades autónomas sean las que deban abundar en otros extremos. No sé si tiene criterio al respecto y si le parece conveniente hacerme alguna matización al respecto.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Damos las gracias al compareciente por su explicación, que ha sido bastante ilustrativa, además de fundamentada sobre un supuesto práctico tras la experiencia por el paso por un juzgado de incapacitaciones.

Yo planteo las mismas dudas que he planteado a la fiscal que ha comparecido anteriormente, el refuerzo de garantía que podría suponer la exposición motivada de la necesidad del tratamiento ambulatorio involuntario, que la necesidad fuera razonada por lo menos por dos profesionales de la salud mental. Quizá cabría la posibilidad, dada la estructura de los servicios de salud mental y la conformación de equipos de salud mental, de que fuera el equipo de salud mental de la zona el que enviara la solicitud razonada de demanda de un tratamiento involuntario ambulatorio.

Por otro lado —y esto simplemente es una matización—, cuando hablaba de la necesidad del empleo de

fuerzas coercitivas para el ingreso involuntario me ha parecido que lo refería también al caso de los tratamientos involuntarios. Ahí, como profesional, le diría que el paso previo sería pasarlo por un área de internamiento, porque utilizar medidas coercitivas de entrada para un tratamiento involuntario no sería la primera elección.

Muchas gracias por su comparecencia. Será ilustrativo para todos los grupos parlamentarios hacernos eco de sus recomendaciones con tal de que esta norma, si sale, que salga con las mayores garantías y en las mejores condiciones posibles.

El señor Presidente: Por el Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Fuentes Guzmán.

El señor **FUENTES GUZMÁN**: Muchas gracias por su intervención, señor Terrero, que ha sido lo suficientemente clara como para que a nuestro grupo no le haya quedado ninguna duda sobre su postura y también su defensa clara de la reforma. También le agradecemos el esclarecimiento de cada una de las dudas, que probablemente conocía con anterioridad a esta comparecencia porque indudablemente se han presentado a lo largo de las sesiones que llevamos de comparecencias en esta Comisión.

Me gustaría hacerle una pregunta, que también es una reflexión, puesto que creo que en todo lo demás está bastante clara su postura, en relación con la aplicación de esta medida. Pudiera utilizarse esta fórmula de internamiento no voluntario por el entorno de los enfermos como una medida directa de aplicación sencilla para intentar que el enfermo no ingrese dentro de un sistema sociosanitario más complejo; si cuesta que el enfermo lleve a cabo esos tratamientos, para la familia puede ser incluso más complicado insertar al enfermo en ese sistema sociosanitario. ¿Puede que haya un abuso de esta medida, un efecto no deseado por ser una vía quizá excesivamente directa que elude otros compromisos que el entorno del enfermo debe de tener con los tratamientos que se le deben de dar y que son no solamente complementarios sino absolutamente necesarios para su mejoría?

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Terrero.

El señor **MAGISTRADO DE LA SALA CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO DE LA AUDIENCIA NACIONAL** (Terrero Chacón): Me gustaría que hiciéramos una reflexión. Estamos hablando de las garantías del tratamiento ambulatorio no voluntario y no parece razonable que las llevemos más allá de las garantías que existen para el ingreso involuntario, que es una medida mucho más restrictiva de los derechos del paciente y mucho más agresiva contra el paciente. Yo creo que el tope de garantías debe de estar ahí. Si para el ingreso involuntario es suficiente con que un

médico acuerde la medida directamente en una situación de crisis aguda del enfermo y luego dé cuenta al juez, no parece muy razonable que para un tratamiento no voluntario tenga que haber dos pareceres médicos, otro parecer del médico forense, más los que pueda recabar el juez. Todas las garantías son buenas, pero creo que ir más allá de las exigencias que se imponen para el internamiento involuntario, que es una medida mucho más restrictiva, es excederse y sobre todo hacer perder agilidad a la medida.

El problema que yo me planteo desde la perspectiva médica, si debe venir avalado por un equipo, por un médico o por dos médicos, es la cuestión de la transferencia que se crea entre el médico y el paciente y la desconfianza que puede generarse después de que el propio médico que atiende al paciente tome la decisión de intentar imponerle ese tratamiento no voluntario, pero creo que es un problema básicamente de los servicios de salud mental, de cómo se coordinen y cómo se organicen. Sería mucho más positivo que fuera todo el equipo de salud mental el que propusiera el tratamiento sin singularizar en un médico en concreto, pero creo que aquí se deja abierta la puerta a todas esas opciones, que sea un médico o que sea otro médico distinto al que atiende al paciente, que sean dos médicos, etcétera. Una vez que la petición está en sede judicial, para mí es suficiente que se oiga al paciente y que el médico forense, que debería estar especializado en estos temas, y si no otro médico especialista que el juez considere oportuno, lo ratifique. Ya tenemos el informe de salud mental, tenemos el informe de otro médico y el juez toma su decisión yo creo que con plenas garantías para el paciente.

Se ha comentado el tema de la asistencia letrada de la persona sometida a tratamiento ambulatorio. Yo creo que, por buena técnica legislativa, quizá se pueda traspasar la referencia expresa que hay para los internamientos involuntarios en cuanto a la posibilidad de que el enfermo solicite la asistencia letrada también al párrafo quinto, porque puede generarse una duda a la hora de interpretar y aplicar la norma por parte del juez ya que puede pensar que, si en el ámbito de los internamientos involuntarios, se previene expresamente que el afectado puede contar con asistencia letrada y en el de tratamientos no voluntarios no se previene, parece que el propio legislador ha excluido este ámbito de aplicación. Quizá se mejorara el texto simplemente dando por reproducida la referencia que hay en el apartado anterior referido a los tratamientos involuntarios.

Sé que es un problema y además los familiares son conscientes de que, si se abre el ámbito de los tratamientos no voluntarios y el tema acaba al final siendo una cuestión puramente de atención farmacológica, el resto de componentes que pueden mejorar la salud mental del enfermo se va a obviar porque a fin de cuentas se soluciona el problema familiar grave, que es la crisis aguda, porque se le ha medicado. Insisto, éste es un problema sanitario. Yo creo que el tratamiento debe

ir más allá de la propia petición de atención farmacológica al enfermo y habrá que ver cómo los servicios de salud plantean ante los juzgados estas peticiones de tratamiento involuntario porque a lo mejor incluyen terapias, atenciones sociales y será el servicio sanitario el que tenga que atender estas demandas. No es un tema judicial. Creo que no debemos de introducir en un texto procesal que previene un procedimiento específico todos los condicionantes sanitarios que afectan a este procedimiento.

Se ha hablado también de la actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Yo creo que el sector relacionado con la sanidad mental en todos los ámbitos (judicial, asociaciones de familias, etcétera) claman por que sean los sanitarios los que atiendan los supuestos de crisis aguda de los enfermos mentales y evitar que intervenga la fuerza pública en este tipo de actuaciones. Es cierto que en el ámbito de los internamientos involuntarios será más frecuente la posibilidad de la coerción y que tiene menos sentido la coerción cuando estamos hablando de tratamientos no voluntarios porque, si hay que forzar al propio enfermo, probablemente necesitará ya el ingreso, pero hay supuestos en los que el enfermo se resiste y todavía no está en esa fase en que precise el ingreso; a lo mejor se puede evitar si algún equipo sanitario va a su domicilio y de alguna manera le fuerza al tratamiento. Estamos siempre en zonas muy fronterizas. Cada caso es distinto, cada situación es diferente, los médicos lo saben bien, pero yo creo que hay que evitar en todo el ámbito de la actuación psiquiátrica en general la intervención de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad; desgraciadamente, ahora actúan porque no hay otros recursos sanitarios, pero ellos mismos se oponen permanentemente a su actuación. Cuando estaba en el juzgado de tutelas y teníamos que acordar internamientos, la policía se resistía porque decía que no eran sus competencias, que no estaban preparados para atender una crisis aguda de un enfermo mental; tendría que ir un equipo sanitario preparado, como ocurre en las grandes ciudades, con un médico, un ATS o el personal sanitario que fuera conveniente.

En cuanto a que la Ley de Autonomía del Paciente está regulando todas las actuaciones del médico y sus relaciones con el paciente en el ámbito de lo que es el consentimiento informado, se podría introducir alguna referencia a la posibilidad de la existencia de estos tratamientos involuntarios sobre todo en cuanto a las instrucciones previas para evitar el choque normativo que se puede producir si un enfermo en fase de normalidad elabora unas instrucciones previas en las que ponga de manifiesto que se opone a cualquier tipo de tratamiento médico psiquiátrico y luego se solicita ese tratamiento involuntario. Cabe la posibilidad, por supuesto, de que se acuerde judicialmente el tratamiento involuntario, en cuyo caso estas instrucciones previas no tendrían eficacia. Pienso también que la Ley de Autonomía del Paciente está regulando la materia más bien pensando

en otro tipo de enfermos no en el enfermo mental. Aún así, se podría producir un choque de normas entre lo que son las instrucciones previas y la posibilidad del tratamiento no voluntario, introducir alguna referencia a que las instrucciones previas se entienden sin perjuicio de que judicialmente pueda acordarse en el caso del enfermo mental los tratamientos no voluntarios puede evitar problemas de interpretación legal. Tampoco creo que si no se incluyera esa referencia la reforma quedara coja.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Catalán, señor Jané.

El señor **JANÉ I GUASCH**: He solicitado la palabra porque no he podido asistir al inicio de la comparecencia y quería agradecer expresamente a José Luis Terrero su presencia hoy aquí en la Comisión de Justicia. Los miembros de esta Comisión hemos tenido la oportunidad de contar con su experiencia y con su buen hacer en el ámbito jurídico en otras ocasiones. Quiero hacer este reconocimiento en la Comisión de Justicia y agradecer el hecho de que del contenido de su comparecencia salgan propuestas concretas de modificación normativa a la proposición de ley que estamos tramitando. Por tanto, será también una obligación y una responsabilidad de los ponentes leer con detenimiento el «Diario de Sesiones» de esta comparecencia para deducir del mismo las oportunas enmiendas que puedan mejorar el texto.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Terrero.

El señor **MAGISTRADO DE LA SALA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO DE LA AUDIENCIA NACIONAL** (Terrero Chacón): Quiero agradecerles, una vez más, la confianza que han depositado en mí y desearles que acometan y concluyan esta reforma con éxito para todos.

El señor **PRESIDENTE**: Agradeciendo la comparecencia del señor Terrero, les convoco con carácter inmediato para asistir a la comparecencia de doña Alicia Roig Salas, que va a tomar asiento en el estrado.

— **DE LA SEÑORA DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUT MENTAL D'ADULTS DE HORTA GUINARDO Y COORDINADORA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA FUNDACIÓN CONGRESO CATALÁN (ROIG SALAS).**
(Número de expediente 219/000093.)

El señor **PRESIDENTE**: Quería dar la bienvenida a doña Alicia Roig Salas, directora del Centro de salud mental de adultos de Horta Guinardo y coordinadora del Comité de Ética de la Fundación Congreso Catalán.

Sin más rodeos, agradeciendo su presencia y el trabajo para ilustrar a esta Comisión, le damos el uso de la palabra.

La señora **DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUT MENTAL D'ADULTS DE HORTA GUINARDO Y COORDINADORA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA FUNDACIÓN CONGRESO CATALÁN** (Roig Salas): Antes de nada, quiero agradecerles su confianza. Estoy encantada de poder colaborar con la Comisión puesto que el tema es de extraordinaria importancia.

Yo quería hacer un minuto de historia, puesto que, aparte de lo que ha comentado el presidente de la Comisión sobre mi pertenencia, yo coordiné durante 10 años la Comisión de legislación y derechos humanos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría de la cual soy partícipe y miembro del grupo de trabajo que elaboró el documento que ustedes están utilizando y que realizamos aquí en Madrid durante dos largos días hace apenas un mes. Fue un documento realmente muy reflexionado. Ya en los años ochenta, la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que lamento que no esté presente aquí su presidente, puesto que es la única asociación en España que realmente se ha preocupado por estos temas legislativos, defendió la reforma psiquiátrica, las reformas legales, el artículo 211, el no a la especificidad de las normas legislativas en relación con el enfermo mental, el estigma que eso supone o la integración plena del enfermo mental en la sanidad. Todas estas cuestiones las defendimos en su día y pude colaborar en la Comisión de Justicia, en la época en la que estaba en el Ministerio de Justicia como subsecretario Liborio Hierro y Rodrigo Berkovich entre muchísima gente conocida. Allí pude participar como miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y conseguimos parar, después de cinco borradores de leyes específicas para el enfermo mental y sus ingresos involuntarios y sus tratamientos, los cinco borradores —recuerdo que fue un año de trabajo— y nos quedamos únicamente con el Código Civil en materia de tutela y el artículo 211. Es evidente que el artículo de la Ley de Enjuiciamiento Civil también plantea el ingreso para la persona que sufre trastorno psíquico, pero es una ley no específica, es la Ley de Enjuiciamiento Civil. Nosotros seguimos defendiendo la normativa de igualdad absoluta del enfermo mental y su aplicación.

Creemos que tenemos una normativa suficientemente amplia en este país, que es la Ley General de Sanidad, que hay que desarrollarla y crear un plan integral sociosanitario que dé cobertura a todas las situaciones que son realmente carenciales. Yo quería haber empezado diciendo —y no lo he hecho— que comprendo perfectamente la desesperación y la preocupación de los familiares. Esta normativa la han pedido los familiares y me temo que ustedes no han escuchado a los profesionales, creo que ahora lo están haciendo y estoy encantada de que lo hagan, porque en Cataluña hay en

este momento cinco asociaciones importantes que hemos hecho un manifiesto en contra de esta normativa. Todos los profesionales de la mayoría de asociaciones catalanas estamos en contra de esta posible normativa específica de tratamiento involuntario, no porque sea cuestión específica, ni muchísimo menos, sino porque —no seamos ingenuos— esto no resuelve nada. Yo llevo 30 años trabajando en la comunidad, coordino y dirijo dos equipos de salud mental, he trabajado en Inglaterra, he visto cómo se trabaja en la atención domiciliaria en países que la tienen, he visto cómo estamos comenzando a trabajar en programas de seguimiento en la comunidad y consiguiendo vinculaciones del paciente al tratamiento, inauditas e impensables hace 15 años de personas sin vinculación alguna, con los programas PSI en Cataluña, de los que solamente existen cinco, que tienen que generalizarse y que ojalá lo tuvieran otras autonomías, porque, si hubiéramos desarrollado la Ley de Sanidad en su día, en los años ochenta, no estaríamos aquí discutiendo este tema.

Estamos planteando un retroceso a más de veinte años, si esto sigue adelante. Es una normativa solicitada por los familiares, que los comprendo porque no tienen suficiente cobertura asistencial y los pacientes no tienen suficientes servicios; hay que crear y desarrollar planes integrales no solo sanitarios y sociales, sino de vivienda, de inserción laboral, donde muchos ministerios tienen que poner dinero y financiación, así como las autonomías y sus departamentos. La discriminación y la conculcación de derechos que implica un tratamiento no consentido es muy seria y yo como profesional sé que no puedo tratar a un paciente contra su voluntad si no es con el fármaco y neuroléptico depot. ¿Eso implica que al paciente lo van a traer al sistema sanitario las ambulancias? No, señores, no seamos ingenuos, será la policía la que lo traiga.

Quiero recordar que Italia no tiene una ley específica de tratamiento involuntario, tiene una ley sanitaria, la Ley 180. Yo estuve en esa época siguiendo muy de cerca la ley, es la ley de tratamiento sanitario no consentido, con lo cual volvemos a una ley no específica y ahí sí puede haber tratamiento involuntario a cualquier persona que requiera un tratamiento no consentido en la sanidad. Aquí lo tenemos en la Ley de Autonomía del Paciente. En Francia, no hay tratamiento ambulatorio involuntario legislado. Nosotros tenemos relación con el Comité de ética y derecho de Francia que nos ha planteado que están enormemente preocupados de que esto surgiera aquí, porque posiblemente Francia iría detrás. Se debate sobre ello, pero lo único que hay es la supervisión posterior al alta después de uno o dos meses de tratamiento obligatorio en ciertos casos muy excepcionales. En Inglaterra se retiró la posibilidad de hacer el tratamiento involuntario en la Comunidad y sólo hay lo que llaman Wardenship o alta supervisada, que se está haciendo en una línea muy excepcional. En Estados Unidos no es el país —en otras cosas es una maravilla— más ejemplar en cuanto al tema de la salud

mental, no hay unas normativas suficientemente garantistas y se ha planteado la famosa ley Kendra por alarma social y únicamente por peligrosidad. Aquí se plantea que el tratamiento involuntario va a ser garantista, va a efectuar menos incapacitaciones. A mí me preocupan enormemente las incapacitaciones. Nuestros programas de rehabilitación van en contra de las incapacitaciones. Los psiquiatras nunca pedimos incapacitaciones, queremos capacitar a la persona.

Las recomendaciones europeas van todas dirigidas a la autonomía, al derecho de la persona, a tomar parte en su tratamiento. Si ustedes leen las recomendaciones de 2004 del Comité de Bioética europeo, todas están en esta línea. No se recomienda el tratamiento involuntario en la Comunidad, en absoluto. Aquí tengo algunas frases, pero tendría que alargarme mucho, porque la OMS plantea necesidades y dispositivos de espacios de libertad para la persona y la necesidad de capacitar a las personas para tomar decisiones en relación con su salud y cuidados, de forma autónoma y responsable. En Finlandia, la OMS planteó la necesidad de desarrollar servicios comunitarios, de eliminar los estigmas que sufren los pacientes para promover su reinserción social promoviendo el autocuidado y de las legislaciones acaben con la discriminación. Aquí estamos planteando una legislación por la discriminación, señorías. Ustedes son en este momento los legisladores y tienen una gran responsabilidad. Estoy muy preocupada, pero ustedes tienen una gran responsabilidad, y espero sinceramente —siento mi apasionamiento, pero llevo muchos años defendiendo estos temas— que lo tengan en cuenta.

En cuanto a las recomendaciones europeas, antes he podido escuchar a mi predecesor y comentaba algunas, unos encuentran unas y otros encuentras otras. Hemos estudiado bastante los documentos para comparecer en esta Comisión y en otras, como la de ética de Cataluña, y de otras épocas de nuestra historia y pienso que lo más importante en esta cuestión es tener en cuenta que es cierto que los servicios sanitarios son carenciales, que hay una gran desigualdad en las autonomías, que en Cataluña tenemos programas de trastorno mental severo y programas de seguimiento de casos, pero son muy deficientes todavía, y que no es cierto que el paciente al salir del alta queda abandonado. No es cierto, nosotros estamos obligados, con evaluaciones de calidad, a atender —pese a que ya lo hacíamos— al paciente en su alta antes de siete días y, como mucho, antes de 14 días al paciente que no está en programa de trastorno mental severo. Es un programa más intensivo, pero es mucho más flexible, de atención continuada en el que la enfermera va al hospital a ver al paciente cada semana. Esto lo hemos implantado nosotros en Barcelona. ¿Por qué no se hace todo esto, los equipos de gestión de seguimiento de casos, en la Comunidad? Un breve ejemplo. Una persona que estaba durmiendo en un banco en una plaza de nuestro distrito durante años, sin vinculación alguna, en este momento, después de

este programa PSI, un enfermero se acercó a él, estuvo en el banco, se lo llevó al bar, estuvo durante meses acercándose de esta forma, respetuosa y digna —que es lo que necesita el paciente con trastorno mental— consiguió vincularlo a rehabilitación, está haciendo un programa de reinserción laboral en el Ayuntamiento de Barcelona y está tratándose.

Señorías, esto es lo que nosotros pedimos y no medidas de involuntariedad, porque el tratamiento involuntario disfraza muchas cosas. No es cierto que vaya a mejorar las garantías de la persona, no es cierto que sea menos intrusivo y agresivo que el ingreso. El ingreso dura 15 días y el tratamiento involuntario se plantea para 18 meses, no hay más intrusión que esto. Lo que plantea la persona que cuida y atiende al paciente y lo que planteamos los profesionales es que hay que desarrollar los sistemas de salud mental y los sistemas sociosanitarios que no se han desarrollado, porque es verdad que la psiquiatría ha sido la última de la cola en la sanidad. En este momento pienso que ustedes también tienen esta responsabilidad: exigir que estos planes integrales se lleven a cabo con las necesidades de cada autonomía; en unas hay más y en otras no hay. Comprendo que sean los familiares los que realmente estén pidiendo esto, pero no se ha escuchado a los usuarios. Ahora los escucharán. No hay asociaciones tan amplias como familiares en España. En cambio, en el resto de Europa, los pacientes en muchos países nórdicos tienen derecho a no tratarse ni en el hospital, pueden ingresarlos, pero no tratarlos. Tienen derecho a tener un representante, que no sea un tutor —que es a lo que habría que ir—, no ser incapacitados y tener un tutor familiar. Las familias tienen derecho a no vivir con el paciente y a no tener esa sobrecarga; que la entiendo, porque trabajo mucho con las familias y las escucho. A su vez, los pacientes tienen derecho a no vivir con sus familias porque en muchos casos está contraindicado.

Pido perdón, porque me he alargado demasiado, pero tengo muchas más cosas que decirles. Vuelvo al principio, pienso que quizá les he pedido con gran entusiasmo que escuchen todas las opiniones y que tengan en cuenta que nos arriesgamos mucho con esta medida si sale adelante.

El señor **PRESIDENTE**: Antes de nada, quisiera ofrecer una explicación. El presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría no ha sido citado, no porque haya un menosprecio o un desdén, sino que —lo explico abiertamente— había un número muy importante incluido el presidente de la Asociación Española de profesionales solicitados por todos los grupos parlamentarios, pero hemos logrado un consenso para reducir los trabajos de la Comisión a términos practicables y hemos rebajado las 40 solicitudes de comparecencia iniciales a 14, que son las que estamos evacuando. En todo caso, ayer al inicio de la sesión dimos cuenta del escrito del presidente de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría y del informe que lo acompaña, que obra a disposición de todos los ponentes para los trabajos de la Comisión.

Hecha esta salvedad, por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Jané.

El señor **JANÉ I GUASCH**: Señorías, en primer lugar quería agradecer la comparecencia de doña Alicia Roig en esta sesión de la Comisión. Ella tiene una gran experiencia y es importantísimo la aportación de personas como ella, que no representa sólo una experiencia individual, sino que representa la experiencia de un trabajo colectivo, de muchas personas, en Cataluña, por su responsabilidad como directora del Centro de Salut Mental d'Adults de Horta Guinardo y como coordinadora del Comité de Ética. Le damos las gracias por estar aquí.

Coincido con ella en que los legisladores tenemos una responsabilidad. De entrada, hemos conseguido que presentando esta proposición de ley se hable en el Congreso de un tema importantísimo que en muchas ocasiones era olvidado de la agenda política de esta Cámara. La polémica que ha suscitado la presentación de esta proposición de ley ha favorecido de entrada que tengamos estas comparecencias, que sin ninguna duda van a resultar útiles. Por tanto, quería agradecerle su trabajo y el del conjunto de profesionales que representa hoy aquí y quería hacer una serie de reflexiones en voz alta. El Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) recibió una propuesta de ley de Cermi y de Feaces. Nos entrevistamos con ellos y consideramos que podía ser útil dar una respuesta, no generalista, sino individual en algunos casos específicos, porque era una proposición de ley que no comportaba un resultado imperativo. Este tratamiento no voluntario no necesariamente era un tratamiento obligado en todos los casos, sino sólo en aquellos casos en que pudiera ser una solución. Esto fue lo que llevó a Convergència i Unió a presentar esta proposición de ley. Una vez presentada saltaron algunas alertas sobre algunos contenidos que pudieran no ser positivos para personas cuya experiencia debemos valorar. De ahí que mi grupo fuera el primero en solicitar una serie de comparecencias para escuchar a todos, porque si alguna ventaja tiene el procedimiento legislativo es que existe un plazo de enmiendas y que se pueden calibrar comparecencias que permiten contrastar claramente las posiciones. La verdad, señora Roig, es que hoy, que es el segundo día de comparecencias, las posiciones siguen siendo contrastadas. Hay posiciones a favor y posiciones en contra, y nosotros, al final, tendremos que ejercitar esa responsabilidad en un sentido o en otro, equivocadamente o no. Sea cual sea el sentido final, lo cierto es que no hay ningún grupo parlamentario en esta Cámara que no quiera buscar la mejor solución posible para los enfermos que sufren una enfermedad mental y que requieren un tratamiento según el médico que les atien-

de. De ahí que debamos buscar una solución equilibrada y de ahí que sea importante —se lo pido encarecidamente a todos los comparecientes— que nos aporten enmiendas.

Es cierto que faltan medios, es cierto que hay aspectos importantísimos de la Ley General de Sanidad que hay que desarrollar, pero ¿en qué medida es incompatible la regulación —que no va a ser una varita mágica— con el hecho de que falten medios? A veces se dice: Esta no es la solución. Muy bien, no es la solución, pero ¿está en contradicción con que haya más medios, más medidas? ¿Por qué razón no podemos modificar este aspecto de la Ley de Enjuiciamiento Civil en esta Comisión de Justicia, siendo una posibilidad aplicarla en aquellos supuestos en los que exista consenso para hacerlo? Evidentemente, además de esto habrá que exigir el desarrollo de la Ley General de Sanidad, habrá que exigir más medios y habrá que desarrollar programas como los que se llevan a cabo en Cataluña, que son positivos. Nunca podremos estar bastante agradecidos los legisladores a lo que hace la sociedad civil en un ámbito desconocido muchas veces en las agendas de los parlamentos y de los gobiernos, un ámbito en el que la propia sociedad y los profesionales son quienes nos ayudan a marcar las pautas. Por tanto, y para concretar, ¿realmente es incompatible esta ley, como una posibilidad no imperativa, con el desarrollo de todos los programas que llevamos a cabo? ¿Es incompatible? Esta es la pregunta que quería hacer. Si no lo es, ¿en qué aspectos podríamos mejorar el texto que ahora tramitamos, aprovechando que está abierto el plazo de enmiendas? Repito, nunca estaremos lo suficientemente agradecidos, señor presidente, a la labor que se lleva a cabo en el ámbito de la salud mental, muchas veces sin el apoyo de los gobiernos y de los parlamentos. Por tanto, bienvenidas sean estas comparecencias, que han servido también para lograr la atención de los medios ante un problema al que debemos buscar soluciones entre todos.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Como ha dicho el señor Jané, estamos intentando clarificar lo que hoy por hoy ha sido formulado como una demanda social. En cuanto hemos abierto un poco el turno de información, nos hemos dado cuenta de que es una medida polémica, no compartida por el colectivo de los psiquiatras, ni por el colectivo de los juristas y posiblemente tampoco por el colectivo de las asociaciones de familiares. Sin embargo, sí que es cierto —y soy colega suyo— que existen casos —gracias a Dios, no demasiados— en los que pacientes con trastornos psicóticos muy desestructurados tienen condicionada su capacidad volitiva a la hora de demostrar adhesión a tratamientos o incluso al simple hecho de tener conciencia de que sean enfermos.

En las anteriores comparecencias, incluso en las de aquellas personas que se han manifestado en contra de cualquier reforma legislativa, todos han afirmado que existen casos a los que la psiquiatría, los instrumentos de la psiquiatría, la psiquiatría comunitaria no llegan. Hemos tenido opiniones que, incluso estando en contra de la reforma de la Ley de Enjuiciamiento Civil, abrían la posibilidad de hacer algún tipo de tratamiento involuntario, pero enmarcado dentro de la Ley de Autonomía de los Pacientes. Realmente, como profesional y en mi condición de parlamentario, lo que se me plantea es si puede ser un instrumento más, porque efectivamente esto no va a solucionar absolutamente nada, pues obligar a los enfermos a que tomen la medicación no es una piedra filosofal. Percibo que esto puede ser un instrumento, un instrumento muy ceñido a un tipo de pacientes muy especial. Además, esa normativa tendría que ser muy garantista de derechos, sobre todo en el caso de que se lleve a la práctica.

Con esa introducción previa, las preguntas que me vienen a la cabeza son las siguientes. Seguramente usted conoce casos en los que como profesional tiene dificultades para llegar y en los que posiblemente no lleguemos. ¿Formula algún tipo de apoyo legal para dar una salida a este tipo de pacientes? Por otro lado, antes ha comentado que hay normativas de países escandinavos que contemplan la posibilidad del ingreso sin recibir tratamiento. Desde un punto de vista médico, eso parece más una medida coercitiva que una medida terapéutica. Me llama la atención que se apruebe la coerción sin aprobar ningún tipo de plan terapéutico, en respeto a unos derechos del paciente que se están conculcando desde el mismo momento en el que se procede al ingreso involuntario. ¿Qué opinión le merece esto y, sobre todo, qué opinión le merece el artículo 763, con relación al internamiento involuntario de pacientes psiquiátricos?

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Velasco.

La señora **VELASCO GARCÍA**: Doy la bienvenida a esta Comisión a la compareciente. Ha sido muy explícita. Conocíamos su posición debido al manifiesto de las cinco asociaciones que están en contra de esta medida que hemos recibido todos los miembros de esta Comisión. También nos ha aclarado por qué, hablando de derecho comparado, ha tenido posiciones diferentes al compareciente anterior, por lo que quizás esta Comisión tenga que indagar y asesorarse más acerca de este tipo de medidas, porque es importante que conozcamos lo que pasa en otros países de nuestro entorno.

Después de varias comparecencias, en este segundo día, siendo usted la novena o la décima compareciente, hemos podido apreciar algunas contradicciones entre las personas partidarias del sí o del no de esta regulación. Después de escucharles a todos a mí se me ocurre una reflexión. Da la sensación de que, como hemos

hecho una proposición de ley, como sea, enmendada, corregida, añadiendo, quitando, tenemos que mantenerla porque ya está en esta Cámara. Desde nuestro punto de vista eso no sería sensato. También tenemos la otra posición: ¿Por qué tanta insistencia en que no se modifique ese artículo si realmente tampoco va a perjudicar a los pacientes desde el punto de vista de los comparecientes que apoyan la reforma de esa ley? No sé si al resto de los miembros de esta Comisión les pasa lo mismo que a mí, pero la conclusión es que tenemos bastante confusión entre lo que es estrictamente jurídico y es posible desde el punto de vista legal y lo que queremos, por lo menos desde el perfil de sanitarios, los que estamos en esta Comisión.

Nuestras preguntas concretas son las siguientes. Desde su punto de vista, ¿qué conseguimos si modificamos este artículo, para los pacientes, para los familiares y para la sociedad? En segundo lugar, en cuanto al ámbito de aplicación, por las valoraciones que se han hecho y por la experiencia de Guipúzcoa que se nos ha planteado aquí, sería para aplicar a uno de cada 10.000 enfermos. Hemos hecho una extrapolación basándonos en los datos que nos dio aquí el compareciente: 42 personas tratadas de 240.000 consultas de enfermos de salud mental, y de esas 42 sólo un 25 por ciento eran subsidiarias de esta medida que podemos corregir. A mí me sale esa cifra, uno de cada 10.000 enfermos. Por otra parte, da la sensación de que los recursos sanitarios de los que disponemos, muy desiguales de unas comunidades autónomas a otras (eso sí que lo anotamos), parece que en algún momento pueden ser suplidos modificando un artículo de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Eso realmente no parece que tenga mucha coherencia, pero según los comparecientes del sí a la hora de justificar parece que hay que suplir la falta de recursos con la modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Respecto al desarrollo de la Ley de Autonomía del Paciente y de la Ley General de Sanidad usted ha sido clara y explícita, y me ha parecido entender que es partidaria de que en ese ámbito se regule la situación de los tratamientos involuntarios no sólo para los enfermos de salud mental, sino para otras patologías subsidiarias, y a mí se me ocurren los anoréxicos, los enfermos infectocontagiosos y otro tipo de patologías en las que por riesgo de salud pública o personal podría determinarse este tipo de tratamientos. Nos gustaría saber si realmente usted ve ese encaje claro y sustitutivo de lo que se plantea en la Ley de Enjuiciamiento Civil. Como miembro de los comités de ética y experta en el tema, ¿cree que los comités de ética, cuyas competencias en mi opinión no están suficientemente desarrolladas en las áreas de salud, podían tener un papel relevante al desarrollar la Ley de Autonomía del Paciente e intervenir en los tratamientos involuntarios no sólo de este tipo de enfermos sino de cualquier otro?

La última pregunta tiene que ver con las referencias al Consejo de Ministros de Europa cuando se hacen recomendaciones sobre tratamientos e ingresos involuntarios, y quiero incidir en una cuestión a la que usted ha hecho referencia. Cuando se leen las recomendaciones es fundamental la importancia que se le da al representante del paciente, que no al tutor, por lo que me parece que en las disposiciones previas podría encajar perfectamente el derecho del paciente, en caso de no poder elegir, a determinar la persona que le pudiera tutelar. Yo creo que en esas directrices se recoge muy claramente y, por otra parte, en todos los artículos se hace referencia a la protección de la dignidad y a la protección de los derechos de la persona, más incluso que a la protección de los derechos a la salud. ¿Qué opina usted de esta legislación, a la que se ha referido también el anterior ponente?

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Roig.

La señora **DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUT MENTAL D'ADULTS DE HORTA GUINARDO Y COORDINADORA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA FUNDACIÓN CONGRESO CATALÁN** (Roig Salas): Intentaré contestar a todas sus preguntas; ustedes tienen mucha práctica en esto de tantas preguntas y recordarlas, pero yo, la verdad, no. Voy a intentar ser breve.

El señor Jané ha hecho una serie de reflexiones y me planteaba algo que yo creo que era el núcleo central de su pregunta. ¿Por qué es incompatible lo que nosotros planteamos respecto al desarrollo de sistemas planes integrales, etcétera, para todos los servicios necesarios en salud mental con la modificación de esta ley? Para mí es incompatible por lo que ya he dicho, pero podría no serlo para aquellos que la promuevan. No he podido desarrollar los puntos oscuros de esta normativa, son muchos; esta medida a mí me parece no solamente errónea y peligrosa sino incluso ingenua, porque plantea una serie de posibilidades de mejora que son totalmente erróneas en la práctica asistencial para el que está trabajando cerca del usuario en salud mental. A mí me parece que es incompatible, primero, porque estamos conculcando derechos de la persona. Aunque sea una normativa rigurosamente estudiada y que trata de no conculcar y de defender garantías (yo estoy de acuerdo en que se ha hecho con este objetivo de gran buena voluntad), a mí me parece que el resultado final no es ese. Como me comentaba la señora Velasco, nosotros ya tenemos una normativa que se puede aplicar en casos excepcionales y en un número muy reducido de pacientes, que no lo sería si la Ley de Autonomía del Paciente se desarrollara, y podemos tratar de manera no consentida a un paciente, pero integrado en el sistema sanitario. La Ley de autonomía es una ley que tiene que ver con el sistema sanitario para todo paciente y ciudadano, no para el enfermo mental. Estamos de acuerdo en que excepcionalmente se pueda aplicar a esos pacientes que a veces son irreductibles, y es cierto que no a todos llegamos, aunque el ejemplo

que he puesto antes no podía ser irreductible, pero es uno. Tenemos sesenta y pico pacientes en seguimiento muy graves y estamos consiguiendo muchas cosas, porque hace un año y medio que tenemos el programa y son muchas las horas que pasa el profesional con ellos.

Creo que es incompatible por una serie de lagunas y de puntos oscuros que tienen que ver sobre todo con que creemos que la medicación no es el único tratamiento, y en eso está de acuerdo toda la psiquiatría. Se utiliza que los psiquiatras estamos en desacuerdo, pero en esto estamos todos de acuerdo. Los que creen sólo en los fármacos también están de acuerdo con los planes integrales de psicoterapia, que es lo que piden los usuarios y no podemos ofrecerles porque no hay profesionales suficientes en los servicios comunitarios. Les ofrecemos psicoterapia, pero en un número muy limitado de casos porque no tenemos suficientes profesionales. A lo que vamos es a poder potenciar un tratamiento donde el consentimiento del paciente para su evolución clínica es fundamental, con lo cual es incompatible el tratamiento involuntario forzoso, y es incluso mucho más agresivo que el ingreso involuntario. Estoy de acuerdo (y enlace con la pregunta) con el artículo 763, como estuve defendiendo el artículo 211 durante años, porque era una normativa no específica que regulaba los tratamientos. Además estoy más de acuerdo porque ya no habla de presuntos incapaces, porque el enfermo mental no es un presunto incapaz, es un presunto capaz, y cuando hay situaciones de incapacidad se pueden nombrar representantes, como hacen en alguno de los países nórdicos. No son incapacitados, tienen un representante que les gestiona una parte de su vida, no toda; puede ser capaz ya que no es una incapacidad absoluta, esto lo sabemos. Nadie está de acuerdo en que un enfermo sea totalmente incapaz, como tampoco es totalmente inimputable, yo por lo menos lo siento así; es capaz gradualmente en distintos grados e incapaz en otros distintos grados. Lo que tenemos que intentar es promover esa capacidad, y eso lo dicen todos los textos europeos. Es evidente que yo no puedo decir que es un error lo que ha dicho mi predecesor, un señor magistrado o juez sabe mucho más de textos de derecho que yo, pero es evidente que hay ejemplos y recomendaciones a los que uno se adhiere más que otro según nuestras posturas. Yo pienso que, si se hace una buena lectura de las recomendaciones europeas, la promoción de la autonomía y de la capacidad del paciente y la decisión de participar en sus tratamientos está en todos los articulados; no es una cuestión que yo me invente en este momento.

No sé si he contestado al señor Jané totalmente, pero había un tema de la ley que creo que es incompatible. Creo que no es cierto que la desresponsabilización del sistema sanitario nos haría más responsables a los médicos; nos haría más pasivos, porque hay muchos profesionales pasivos que no van a donde está el paciente y dicen: si no consiente y no viene, pues

que no venga a tratarse. La judicialización encubre un fracaso del sistema sanitario y sociosanitario; no podemos apoyar esto porque la psiquiatría y los profesionales no serían más activos, serían más inactivos, igual que las administraciones sanitarias y los propios pacientes.

Yo creo que el paciente ha de ser responsable de sus actos, y por eso trabajo en un comité de ética, y creo que los comités de ética asistenciales tienen que ser mucho más independientes. Es muy difícil estar en un comité de ética, nosotros no somos un comité de ética asistencial, porque se ha de tener una serie de regulaciones que deberían ser mucho más flexibles y no existen los independientes, todos están adscritos a un servicio. Deberían ser independientes, neutrales y poder asesorar en estas situaciones de tratamientos no consentidos, y estoy totalmente de acuerdo en que sería un buen instrumento para poder asesorar y acordar. No olvidemos que en los países anglosajones el usuario tiene un derecho de apelación, tiene un abogado, un comité que le hace un seguimiento. ¿Dónde está todo esto en esta normativa?

En esta normativa que se propone hay unas carencias tan enormes que a mí me llama la atención cómo es posible que se plantee que esto es más beneficioso que el ingreso involuntario. Yo pienso que el ingreso involuntario intentamos hacerlo de manera excepcional y que el paciente ingrese ya con un enfermero al lado, no sólo con la ambulancia del 061. Hemos hecho un protocolo en Cataluña en el que la Policía no tiene que aparecer para nada, salvo en situaciones de gran agitación, y lo hemos hecho con las cuatro Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. Es un protocolo que no se ha hecho oficial todavía porque no sé qué problemas hay en las administraciones para firmarlo, pero parece que ahora va a salir.

Creo que todos estos temas son reflexiones que hay que tener en cuenta, y no olvidemos que puede ayudar (preguntaban también) la medicación. Yo no creo que la medicación (lo he dicho antes) sea el único instrumento; el pacto asistencial es fundamental y también lo es el plan integral para la evolución del paciente; la medicación es lo que conseguiríamos con el TAI, con el tratamiento involuntario. Yo no pienso que sea compatible con los servicios. Sería incompatible, porque además podría hacer más pasiva todavía la situación de creación de servicios, la situación de los equipos profesionales, a los que les cuesta mucho ir a los domicilios porque están muy sobrecargados en los servicios (por esto hay que crear nuevos programas); sería incompatible porque además rompemos el acuerdo fundamental de la atención médica, que es el consentimiento de la persona, y el servicio de rehabilitación no puede tratar a una persona involuntariamente. ¿Qué tratamiento le daríamos? Sólo la medicación, no hay nada más, no hay una psicoterapia forzosa. ¿O sí que la hay? ¿Se puede tratar psicoterapéuticamente en un grupo o individualmente a un paciente de una manera forzosa? ¿se

puede hacer un programa de rehabilitación e inserción laboral de manera forzosa? Esto es lo que necesitan los pacientes graves, a los que esta medida está dirigida.

Seguro que me falta contestar a alguna pregunta, me la pueden recordar si quieren. En cuanto al tema del derecho comparado ya he dicho que probablemente la situación estaba un poco en cuestión, porque unos eligen unas recomendaciones y otros elegimos otras; puede ser esto. Tampoco hay que olvidar que el Defensor del Pueblo catalán, el Síndic de Greuges, señor Ribó, ha hecho un documento muy contundente en contra de esta normativa que seguramente lo deben tener ustedes, en la que plantea incluso la reflexión de su constitucionalidad y cómo esto rompe el acuerdo fundamental del médico y del profesional sanitario y rehabilitador con los pacientes.

Seguramente me he olvidado alguna pregunta, pero no me quiero alargar porque me preocupa.

El señor **PRESIDENTE**: Le quiero agradecer que haya sido exhaustiva y completa. No obstante, si alguna cuestión ha quedado pendiente de respuesta... (Pausa.) Veo que hay satisfacción en todos los grupos parlamentarios. Por tanto, le reitero la satisfacción de esta Comisión por haberla tenido entre nosotros, por su comparecencia, por el contenido y por cómo ha ilustrado los trabajos de la misma.

— **DEL SEÑOR PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE CENTROS DE SALUD MENTAL DE CATALUNYA ADEMM (FERRER PINYO). (Número de expediente 219/000088.)**

El señor **PRESIDENTE**: Damos la bienvenida en nombre de todos los miembros de la Comisión a don Albert Ferrer, presidente de la Asociación de Usuarios de Centros de Salud Mental de Catalunya, Ademm. Agradeciendo su presencia entre nosotros, le cedo el uso de la palabra.

El señor **PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE CENTROS DE SALUD MENTAL DE CATALUNYA ADEMM (Ferrer Pinyo)**: Señoras y señores diputados, la verdad es que viniendo en el avión me imaginaba que aquí habría más personas escuchándome. Se me ocurre empezar diciendo que pocas oportunidades tendrán ustedes de escuchar a una persona que ha pasado un proceso vital de más de 15 años, y que aún arrastra, de problemas de salud mental, como es mi caso, lo que creo que les puede dar puntos de vista de inflexión referentes a un tema eminentemente jurídico y técnico, aunque no en toda su profundidad. Es un tema básicamente socio sanitario.

Más allá del saludo, presentaré muy brevemente a Ademm, nuestra Asociación de usuarios de salud mental, y lo que hace, y me remitiré a nuestra definición. Decimos que Ademm (que reúne a usuarios de centros

de salud mental de Catalunya como otras que hay en todo el Estado español que hay que promocionar y que han de pronunciarse porque tendrán un valor añadido y podrán aportar mucho a la salud mental), es una asociación sin ánimo de lucro formada y gestionada por el propio colectivo de personas afectadas con total independencia para la defensa de sus derechos y deberes (miren ustedes, reclamamos los deberes, no sólo los derechos), así como para fomentar la relación entre las personas, la integración social y promover la salud mental. Como decíamos en nuestro documento, promover la salud mental es cosa de todos; nosotros entendemos que básica y principalmente también nuestra. ¿Qué hacemos? Brevemente diremos que participamos en congresos, jornadas y conferencias (hoy estoy aquí, amablemente invitado por ustedes, lo cual agradezco mucho), que llevamos autónomamente grupos de ayuda mutua dentro de nuestra asociación, que tenemos un club social autogestionado con un convenio de colaboración con otra entidad en el que se realizan talleres, se hacen salidas y tertulias de una manera participativa y pidiendo que en la medida de lo posible se impliquen las personas porque es la base de su recuperación, al menos a nuestro entender. También tenemos relaciones institucionales con la Generalitat de Catalunya, con la Diputación de Barcelona, con el Ayuntamiento de Barcelona, con partidos, entidades y asociaciones, tanto de familiares como de usuarios y de profesionales (demasiados elementos para una situación como ésta); de hecho actualmente estamos en la comisión interdepartamental de elaboración del plan integral de salud mental de Cataluña y también en el comité técnico y en los grupos de trabajo en tres áreas que serán: jóvenes y adolescentes, adultos y personas mayores.

Presentado, les diré a ustedes que quien me conoce sabe que 15 minutos es poco para mí, poco para una exposición y poco para una persona que les puede marcar esa diferencia, con lo cual espero que tengan cierta deferencia. En todo caso, espero que posteriormente me pregunten con toda libertad y sin complejos ni problemas aquello que quieran saber, aquello sobre lo que tengan curiosidad y aquello que piensen que es importante preguntar. Evidentemente, responderé a lo que ustedes me pregunten según lo que yo considero que debo aportar, porque vengo con el ánimo, más que de criticar, de aportar. Les remito a nuestro documento elaborado por la junta directiva de fecha 10 de enero, que ustedes habrán recibido, en el que hacemos un esfuerzo de análisis y de síntesis para transmitirles cuál es nuestra postura en este sentido. Claramente rechazamos esta propuesta, entendemos que no tiene sentido en el marco actual un punto específico dentro de la Ley de Enjuiciamiento Civil que sabemos que no pretende criminalizar, pero la percepción social que dará es de criminalidad social. No sé si este término es jurídico o no; yo no soy jurista y no tengo por qué saberlo. En todo caso, quisiera remitirles a este documento y a todos los demás que en este sentido hemos suscrito,

como el de la Asociación Española de Neuropsiquiatría que apela a soluciones que ustedes pueden tomar en esta vía encallada del proceso parlamentario que personalmente no acabo de entender del todo. Parece ser que algo tiene que salir de esta Comisión, mientras que nosotros planteamos que no cabe parchearla ni enmendarla sino anularla e irse a la referencia del artículo 20 de la Ley General de Sanidad de 1986, que define cuál ha de ser el desarrollo de la salud mental comunitaria. Fíjense ustedes que hace 19 años de aquello y qué pocos deberes hemos hecho todos, y digo todos porque también nos incluimos las personas con un problema o con un trastorno de salud mental, esté en la fase que esté. Creemos que ese es el futuro y que ahí es donde hay que ir.

Más allá de quien presentó esta propuesta y con el ánimo con el que lo hizo (que sé que fue con total voluntad de hacer un servicio a la salud mental), tremendamente conscientes de que no habíamos hecho los deberes en salud mental (lo digo otra vez en plural), admitieron ustedes a trámite por unanimidad (lo que me sorprendió totalmente) una propuesta que está clara y evidentemente discutida. Por eso ustedes con buen criterio han llamado a comparecencia a diversas partes. Esta propuesta fue presentada de una forma total y absolutamente unilateral por la dirección de Feafes. Me consta en estos momentos (no lo mencionaré porque, como he dicho, no vengo con ánimo de criticar pero sí de aportar) que no cuenta, ni tan solo a veces, con el beneplácito de muchas familias o de asociaciones de familiares (habrá incluso que distinguir, pero no entraré ahora en ese matiz porque no hay tiempo). Por supuesto no cuenta con nuestro beneplácito ni con nuestro acuerdo, pues habiendo mandado un documento en marzo de 1994 a la Feafes, no se nos preguntó ni se nos consultó. Han de saber ustedes que estamos en la dirección de Feafes; si van a la calle Hernández Mas verán allí a Ademn la primera, por orden alfabético. Yo no quería hablar de esto ni que les pudiera dar a entender a ustedes que es lo que se llama en catalán una picabarella, una pelea entre entes, ni mucho menos. Básicamente, se pretende solucionar un problema sociosanitario con una norma legal. Este es un problema que nosotros compartimos al cien por cien, tal y como dijimos en nuestro documento; las familias tienen total y absoluto derecho a protestar y patear, y lo compartimos al cien por cien. No me tocaría a mí decir esto, porque tengo el corazón dividido en un 75 para los usuarios y en un 25 para la familia, pues se da la casualidad de que soy familiar de una persona afectada por un proceso curioso, en el que no voy a entrar, porque respeto su intimidad; no me pregunten sobre ello, porque no les contestaré, pues forma parte de mi intimidad y de mi responsabilidad, pero creo que pueden creer en mi palabra porque es cierto.

Quisiera entrar ahora en aspectos básicos de la propuesta. A veces hablan de la puerta giratoria. A nuestro entender, entre el 40 y el 60 por ciento (no se lo puedo

decir bien, porque es la sensación que tenemos de las visitas que hacemos a estas personas) de las personas ingresadas, tanto voluntaria como involuntariamente, lo es fruto de un conflicto del entorno familiar, social y comunitario al que no se da otra respuesta. No voy a entrar a debatir quién es responsable de ese conflicto, porque a veces es la propia persona afectada, pero muchas otras veces es producto del entorno familiar. Ante esto, ¿qué respuesta hay? Un alta y otra vez a casa. Ese es precisamente el que se llama en salud mental trastorno mental severo grave, que es el problema de fondo por el que se presenta esta propuesta. Cataluña está bastante más desarrollada en este asunto, junto con la Comunidad de Madrid y quizá Navarra, País Vasco y Andalucía, pero en el resto de España no hay nada respecto a centros de día, hospitales de día, ni desarrollo de pisos asistidos o residencias para la independencia de la persona.

Pensarán ustedes que esto es un discurso personal muy bonito, pero yo quisiera entrar ahora en un tema que me preocupa, del que no se habla, pero en el que subyace un planteamiento realmente preocupante, muy preocupante, que es el de la criminalización. Bajo mi punto de vista se arroga la violencia, la agresividad, la peligrosidad a la persona con un trastorno mental. Estoy en condiciones de decir clara, meridiana y contundentemente que es una falacia. No me voy a referir a estadísticas, porque a veces posiblemente son engañosas y manipuladoras como todos sabemos, sino que daré simplemente unos datos. Se habla de un 1 por ciento de psicosis, de esquizofrenia, que va derivando hacia el 1,5 por ciento, según me decía la presidenta de una fundación catalana. Centrémonos en este trastorno, que es el que más abunda. Si mal no recuerdo, en España somos aproximadamente 45 millones de personas, por lo que, haciendo un cálculo mental, les diría que son 450.000 enfermos. Si tomamos el 10 por ciento de este 450.000, quedarían 45.000 enfermos. ¿Se imaginan ustedes 45.000 personas arremetiendo contra los demás y siendo violentos? Si de estos 45.000 un 10 por ciento fueran asesinos debido a su enfermedad, serían 4.500; dividan por día cuantos asesinatos habría, suponiendo que cometieran uno al año o uno cada dos años. Eso es una verdadera falacia, fruto del estigma que hay en el trastorno social, al no estar considerado como un problema de gran complejidad, y que muchas veces se une a lo que no tiene que ver con el trastorno mental. Es decir, una cosa es una persona con un trastorno mental severo o con cualquier problema de salud mental y otra cosa son conductas psicopáticas que pertenezcan al estudio de la psiquiatría, la psicología o de las ciencias sociales; habría que separarlo.

Respondiendo a una llamada, alguien me decía al llegar a Barajas: hombre, vas al Congreso; qué cambio, qué circuito. Entonces se me ocurrió pensar en una frase que quizá sirviera para un trabajo yo he estado en un psiquiátrico, lugar donde nunca debería haber estado, no solo yo sino absolutamente nadie; no sé si

habrán estado alguna vez, aunque sea de visita, notando qué paradojas tiene la vida y qué cambio puede dar la vida: del psiquiátrico al Congreso de los Diputados. Esto no pretende ser una glosa personal, porque lo personal no me interesa, pues como me dice mi psicóloga me voy al ego, y cuando me voy al ego me jode, con perdón de la expresión, y me sitúa ante mis propias dicotomías, ante mis propias contradicciones; me refería al proceso personal y vital que puede seguir una persona si tiene los instrumentos, capacidades y posibilidades para ello. Eso es lo que les voy a pedir aquí a ustedes. ¿Creen ustedes que añadir un punto 5 al artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que diga que van a tratar involuntariamente a unas personas va a lograr solucionar el problema? La intervención, como decimos en nuestro documento, va a ser exclusivamente farmacológica. Cuando el documento de la Feafes dice en sus conclusiones que no hay servicios suficientes para atenderlos, ¿qué hacemos? ¿Creamos servicios o lo hacemos por la fuerza? Si lo hacemos por la fuerza, que es mucho decir, no tenemos servicios suficientes. Se dice entonces que debemos crear los medios suficientes a partir de una predeterminación judicial y no sociosanitaria, con todo lo que eso implica, con la colaboración de todas las partes participantes. Yo creo sincera y honestamente que no es ese el camino. En un momento determinado habrá personas sobre las que haya que llevar a cabo una intervención involuntaria debido a su situación, pero siempre de manera excepcional y dentro de un marco general que ya existe y que se está llevando a la práctica. El artículo 11 de la Ley de Autonomía del Paciente del año 2000 recoge este asunto. ¿Podemos avanzar en este sentido? Ya lo veremos.

Rizando un poco el rizo y volviendo al tema del marco comunitario y del entorno familiar (en el que nunca hay verdades absolutas), me pregunto qué les parecería a los familiares que añadiéramos un punto 6 al artículo 763 que se refiriera a la comprobación por los servicios judiciales de la desestructuración de las familias, o que les parecería que añadiéramos un punto 7, para cuando estuviéramos ante una intervención incorrecta, que las hay y muchas, dentro del ámbito psiquiátrico y de los propios profesionales, con los que nos llevamos bien. Les parecería a ustedes una tremenda barbaridad. Se trata de un problema cierto y grave, con la agresividad que puede suponer, pero, por favor, diferencien ustedes entre agresividad y violencia, porque no es lo mismo, y no unan al hecho de un trastorno mental la agresividad y la agresión, porque por mi propia experiencia les puedo decir (no solo la mía, sino la de muchos) que una persona enferma grave se siente agredida por el mundo y contra todo, de todo, y contra todo y no necesariamente teniendo razón. ¿Cómo hacemos? ¿Qué hacemos para que ese circuito vuelva a su lugar? Miren, si le preguntan a cualquier psiquiatra, les dirá que la farmacología es una pura, simple y única contención de síntomas, un instrumento a utilizar, pero no una curación, y el síntoma no es la

causa. En salud mental, para ir a la causa, hay que tener formas y servicios mucho más complejos y mucho más elaborados que esto de que el juez podría autorizar tal periodo para observación, etcétera. Así puede estar contenido, pero, con perdón, estará toda la vida jodido; se trata de que quizá no esté contenido y pueda empezar un proceso, y ya veremos hasta dónde puede llegar. Hacen falta instrumentos —los hemos citado— y, por eso, nuestra propuesta es la de instruir un plan nacional, un plan integral, llámenle como quieran, que partiendo de ese artículo 20 de la Ley General de Sanidad de 1986, hoy probablemente superado, podamos plantearnos qué hacemos, cómo, que se plantee la interdepartamentalidad, y aquí copio del Plan integral de salud mental de Cataluña, pero que también se ha hecho en Andalucía, con sus errores y con sus aciertos; un plan que pueda unir todo lo que falta en una situación desestructurada y grave como la que tenemos: sanidad, bienestar social, vivienda, trabajo, justicia, educación, y pongan ustedes todo lo que además se les ocurra, que probablemente tendrán razón, porque tampoco pretendo yo decirles todo. La realidad y la verdad no la tiene nadie; cada uno tiene su verdad y cuando es capaz de sumar diferentes verdades, se le caen las orejas, abre y ve muchas cosas más.

Lo dejo aquí porque quizá me he excedido en el tiempo. Pueden preguntarme aquello que deseen con total libertad. Lo digo porque comprendo que condiciona. Yo voy a jornadas y no sé si lo hago muy bien, muy mal o que a veces intimidado, pero en ocasiones no me preguntan y hasta tengo una cierta frustración. Ustedes, con toda libertad, pregunten lo que quieran, que procuraré responder de la mejor manera posible, en el bien entendido que yo no tengo ni pretendo tener la verdad absoluta, que no la tiene nadie.

El señor **PRESIDENTE**: Quiero decirle que la suya ha sido una intervención muy interesante, que sin duda va a ser útil para los trabajos de esta Comisión y que su intimidad está absolutamente preservada. Entre los derechos del compareciente está, efectivamente, el de contestar y el de no contestar, por supuesto. Estamos muy agradecidos por su comparecencia y por la gentileza que ha tenido con esta Comisión de Justicia.

En nombre del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra el señor Jané.

El señor **JANÉ I GUASCH**: En primer lugar, quiero decirle, señor Ferrer, que para mí es una satisfacción tenerle hoy aquí y, si me lo permite el señor presidente, voy a explicar una pequeña anécdota. Mi grupo fue el que presentó esta propuesta, que fue admitida a trámite por unanimidad de todos los grupos de esta Cámara, pero fue también el primero en recibir una posición adversa a la propuesta presentada inicialmente. Yo recibí una carta de don Albert Ferrer y lo primero que hice fue ponerme en contacto con él. Le recibí en Barcelona, en el grupo parlamentario, y contrastamos opiniones.

Siempre es valioso para los diputados estar en contacto con la sociedad, que después es la receptora de nuestras propuestas legislativas.

Le voy a hacer pocas preguntas porque, como digo, ya tuvimos un contacto previo, pero sí es cierto que cuando se tomó en consideración, por unanimidad, esta propuesta, se tomó en consideración porque entendíamos que existía un problema a resolver y una laguna a colmar. Equivocadamente o no, lo entendíamos así. Por tanto, la única reflexión que quiero hacer a don Albert Ferrer es, primero, mostrarle una vez más la colaboración de Convergència i Unió para que estemos en contacto en todo momento y podamos sacar de este trámite la mejor legislación posible y, segundo, el señor Ferrer afirmaba en su comparecencia —después tendremos ocasión de leerla con más sosiego— que en algunos supuestos muy excepcionales —él ha dicho que de forma siempre excepcional— ya se está haciendo, ya se está dando esta medicación no voluntaria, y esta aportación me vale mucho porque viene a justificar que en determinados supuestos muy excepcionales, quizá para pacientes con trastornos psicóticos muy acentuados, puede ser recomendable, puede ser factible esta medida, pero que ya se está haciendo, y aquí es donde está el problema, porque ya se está haciendo, pero en esta Comisión, en las distintas comparecencias, se ha afirmado que se hace pero que hay una laguna legal y que preferirían que esto tuviera una cobertura legal. Quizá de esta propuesta podría salir esa cobertura legal. Por último, en ningún caso, en ninguno, esta propuesta pretende criminalizar ninguna actitud. Si de la lectura de la propuesta se entendiera que se va a criminalizar, sería una lectura errónea, que en ningún caso podemos trasladar a la sociedad desde esta Comisión de Justicia, como tampoco es para criminalizar cualquiera de las medidas que ya existen, sea relativa al internamiento o a la incapacitación. Nunca se trata de criminalizar, sino de que tenga cobertura en el ordenamiento jurídico algún caso excepcional en que pueda ser idóneo aplicar esa medida.

Creo que la intervención de don Albert Ferrer ha sido valiosa, quiero seguir en contacto con la asociación de usuarios que él representa y con la sociedad civil de mi país, de Cataluña, porque soy consciente de que si en algún ámbito territorial se está desarrollando un conjunto de propuestas para mejorar es en Cataluña. Debemos aprovechar esta experiencia y le agradezco mucho a don Albert Ferrer su comparecencia. Espero que, al final, podamos sacar algo positivo. Yo recuerdo que en la primera entrevista que tuve con él me dijo: es que el vagón ya está en marcha. ¿Se puede parar? Pues siempre se puede parar, pero sería un caso excepcional que una proposición de ley tomada en consideración no tuviera una plasmación en enmiendas. Por tanto, lo que debemos hacer es modificarla para que de su redacción quede esa excepcionalidad, no ese carácter general, sino ese carácter absolutamente excepcional que puede tener una medida de esta índole.

Por tanto, los grupos parlamentarios agradecemos cualquier propuesta de enmiendas que se nos sugiera.

El señor **PRESIDENTE**: En nombre del Grupo Popular, tiene la palabra el señor Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Gracias, señor Ferrer, por sus aportaciones, que nos dan una visión desde la perspectiva de los usuarios, de una parte de los usuarios, la que está integrada dentro del movimiento asociativo, porque usted sabe que no todos los usuarios de la salud mental están integrados dentro del movimiento asociativo.

Voy a hacerle unas pequeñas reflexiones. Yo pertenezco al colectivo de profesionales psiquiatras y algunas afirmaciones tuyas, y no vamos a entrar en polémica, no las comparto, pero me voy a ceñir al tema que nos ocupa y mi labor es procurar que, si se hace una norma, sea lo más adecuada y solucionadora de problemas posible. Me gustaría preguntarle algo que me parece que es obvio y reconocido por todos los intervinientes, y si ha estado en la última comparecencia habrá visto que lo formuló con una cierta insistencia. El señor Jané se ha referido a casos excepcionales y le digo que yo, como profesional, sé que hay casos, y así me lo han reconocido todos los que trabajamos en el campo de la salud mental, donde su capacidad de voluntariedad está muy condicionada por el propio proceso psicótico que padecen y hay casos como el que se ha descrito del País Vasco, de Donosti, donde un colectivo de enfermos muy desestructurados, refractarios, con gran número de ingresos involuntarios en unidades de agudos y en una comunidad autónoma en la que existe, quizá en la que más, el mayor despliegue de medios comunitarios para la atención a los pacientes psiquiátricos reconocieron que había un sitio a donde no llegaban, de hecho eso se ciñó a una experiencia con 47 enfermos en un periodo de siete años en el área de Donosti, que me parece que era de un millón de habitantes. Estamos hablando de una medida que nos piden desde el País Vasco; se nos está pidiendo que se dé cobertura legal a algo que ellos encuentran como una necesidad. Trasladado al resto del Estado español se podría traducir en un millar más o menos de intervenciones que se podrían llegar a hacer con una norma restrictiva. Estamos hablando de una norma de carácter excepcional para un colectivo de pacientes que reúnen una serie de condiciones que son excepcionales por sí mismas. Mi primera pregunta sería, que si hay profesionales, si hay familias, si hay juristas que están de acuerdo con hacer una norma específica para este colectivo de pacientes, ¿por qué no hacerla? El hecho de que exista una norma no quiere decir que se tenga que utilizar, cada uno podrá trabajar conforme a sus creencias, a su praxis o a su sentido de la libertad de las personas, entiendo yo. Si esta norma es tan restrictiva que únicamente afecta a un colectivo relativamente pequeño de pacientes en donde la norma pretende no sólo no criminalizar sino ser garante de

derechos que el paciente a lo mejor no tiene porque no es consciente de que los tenga, ¿qué problema hay a la hora de considerar esta norma en la Ley de Enjuiciamiento Civil? ¿Algo criminalizador, algo judicializador? Yo no soy jurista, ya le he dicho a qué me dedico, pero es como si el administrador de una empresa que salga en el Código Mercantil su responsabilidad patrimonial tenga que considerar que se está criminalizando a los administradores de empresa. El hecho de que se mencione no quiere decir que uno sea sujeto pasivo de la acción de esa norma.

Le agradezco su presencia y dentro de las posiciones favorables y contrarias a la modificación de la norma, dado el carácter excepcional de la misma, yo me mostraría favorable.

El señor **PRESIDENTE**: El compareciente me dice que prefiere responder de forma individualizada para precisar mejor las respuestas y responder con inmediatez a las preguntas formuladas.

Tiene la palabra el señor Ferrer.

El señor **PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE CENTROS DE SALUD MENTAL DE CATALUNYA, ADEMM** (Ferrer Pinyo): Señor Martín Soledad, hay un dicho catalán que dice que una flor no hace verano y dos, primavera. Es responsabilidad del jurista y de quien hace leyes hacer leyes en función no de la excepcionalidad sino de la norma, y ustedes lo que plantean en este sentido de forma clara y contundente es algo que ya se está haciendo —el protocolo de Bilbao, que usted conocerá bien, así lo dice y lo hace— y que deriva del artículo 11 de la Ley de autonomía del paciente. ¿Qué necesidad hay de ponerlo dentro de un punto específico del Código Civil? Es sencilla y llanamente una verdadera barbaridad. ¿Por qué? Porque hay un principio que está por encima de eso y me voy a los derechos fundamentales no del paciente sino de la Constitución democrática, de la Declaración Universal de Derechos Humanos, donde se recoge la atención a las personas con problemas de salud mental, de psiquiatría, o como se llame. Ahí dice que las personas con un problema o un trastorno de salud mental (como hace referencia el artículo 20 de la Ley General de Sanidad) sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de total equiparación (permítame que sea un poco incisivo porque ha ido usted al fondo con mucha claridad pero también con una determinada intención de defender esa postura en ese sentido, y yo le respondo con contundencia) del enfermo mental a las demás personas que requieren servicios sanitarios y sociales, las administraciones sanitarias competentes adecuarán la atención a los mismos principios. Es decir, si en la salud mental y en los trastornos de salud mental no hay una equiparación, como cualquier enfermo de sida, de alcoholismo, de cáncer ¿por qué nos quieren ustedes diferenciar? ¿Por

qué una ley específica? ¿Vamos a empezar a hacer leyes específicas para situaciones tan graves como se dan en drogadicción, en alcoholismo, y además para una minoría de pacientes y de personas? Vayamos al artículo 11 de la Ley de autonomía del paciente y ponderemos si hay algún reajuste o alguna cosa que hacer, que yo no sé, pero nosotros defendemos lo que defiende la Organización Mundial de la Salud y es que no debe de haber leyes concretas y específicas para trastornos mentales, para enfermos mentales, palabra que yo no cito y les explicaré el porqué: porque representa una invasión de la identidad, la sustitución de la persona por el paciente, y ese es el principio para una recuperación. ¿Por qué hablo de criminalización? Ya lo sé, me lo han dicho: el Código Civil no es criminalización. Pasen de lo jurídico, por favor. Les he dicho que es la percepción social que puede haber en la sociedad, en la familia y en la calle. Si usted va a Barcelona, tan evolucionada, y Euskadi no creo que sea distinto, más allá del problema político histórico que tienen de terrorismo, esa propuesta que sale de allí hace que se polaricen mucho más las tensiones y hace que se vaya a esa tendencia de radicalización en propuestas, porque sería antidemocrático y discriminatorio sin ninguna duda. Los enfermos mentales, como ustedes dicen, son diferentes y tienen que estar en el Código Civil, y además para algo que ya se está haciendo sin la necesidad de esta regularización. No le veo sentido.

Garantía de derechos. Yendo a la argumentación democrática y política diría —como decimos en nuestro documento— que el problema se crea y es cierto que se quejan los familiares, lo que hay que hacer es arbitrar salidas diferentes. Tenemos un problema de deficiencia democrática en salud mental. En este país se hizo una transición democrática y a la vez apareció la reforma psiquiátrica, que en otros países, como ustedes sabrán, se realizó en la década de los setenta. Aquí quedó abortada. Yo he dicho, digo y sostengo que hay que democratizar la salud mental de este país y eso quiere decir que hay que arreglar este problema como cualquier otro, no como una excepcionalidad aparte, porque, si no, ¿por qué no poner un punto 6, 7, 8 ó 9? En todo caso, si tiene que haber ajustes o reajustes, veámoslos, pero siempre dentro de un marco general. Nosotros siempre nos vamos a oponer a leyes específicas para enfermos mentales, porque somos ciudadanos de este país, con los problemas que ustedes quieran. A partir de ahí vamos a reconocer todo lo que haya que reconocer y vamos a hacer todo lo que haya que hacer, pero es poner aparte a unos señores que están con el conjunto. Ese es un problema de falta de democracia. En salud mental hay que hacer la transición democrática con los profesionales, con los familiares, con los políticos y, obviamente, con los usuarios. Y si no hay más es por una cuestión histórica de nuestro país, porque no se ha promocionado, no se ha alentado, porque precisamente propuestas como estas justifican que estén aparte y que no haya integración. En países como

Alemania, Reino Unido o Dinamarca no hay este tipo de leyes específicas y tampoco hay asociaciones de familiares, los pacientes y sus asociaciones colaboran total y abiertamente en el proceso psicoterapéutico personal, pactan y hablan, y ese es un valor añadido.

Se ha dicho que con los trastornos graves no se puede llegar a todo, pero se podrá hasta donde se podrá, igual que no se puede en cualquier otro problema de salud. ¿O es que hay diferencias con una persona con cáncer, con reuma o con diabetes que llega a un estado en el que le tienen que amputar? ¿Hay diferencias? Las diferencias forman parte del estigma y el estigma está en la cabeza de todos. En primer lugar, donde hay que atacar ese estigma es entre los familiares, entre los profesionales —los profesionales de salud mental a veces tienen unos planteamientos estigmáticos grandes— y entre los propios usuarios. Seguramente ustedes han padecido estrés alguna vez o han tenido miedo a coger un avión y, si a ustedes les calificaran de enfermos mentales, ustedes dirían que no lo son, pero la salud mental es absolutamente todo. Se empieza a perder por eso y puede ir evolucionando, por tanto, no es distinto a cualquier otro problema de salud, simplemente tiene unas implicaciones, tiene una cantidad de elementos tan grandes que son en sí contradictorios, porque lo que a mí me va bien —yo nunca recomiendo lo que he hecho o lo que yo hago, simplemente digo: este es un camino; no doy consejos— puede ser que a otra persona le vaya totalmente lo contrario, y esa es una característica que en salud mental se da. Por tanto, no podemos hacer ese tipo de diferencias. Ese es mi profundo convencimiento, ese es mi profundo pensar. Son ciudadanos de este país, aunque estén gravísimos, aunque estén en unas situaciones de demencia increíbles, como las que yo he visto personalmente, son ciudadanos de este país y, por tanto, no los podemos ni nos pueden tratar más que como ciudadanos de este país con normas generales, no con normas específicas. Es una cuestión sencillamente de no discriminación y de democracia. Hay que democratizar la salud mental y nosotros vamos a participar todo lo que podamos y hasta donde podamos, pero las instituciones y el Gobierno han de alentar ese movimiento. No han de decir que no es posible, al contrario, estamos intentando mostrarlo, pues nunca pretendemos demostrar absolutamente nada, porque cuando uno se pone en la tesitura de demostrar está generando precisamente la trampa de su contrario y es cuando se equivoca. Simplemente pretendemos mostrarlo.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Vasco, tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Intervengo simplemente para que quede constancia para el compareciente —y también para el «Diario de Sesiones»— de la presencia y el interés del Grupo Vasco por las cuestiones que se debaten, pero me es imposible cometer la imprudencia o hasta la grosería de formular preguntas

al compareciente cuando he estado entrando y saliendo y no me consta el global de su intervención. Leeré, por supuesto, lo que ha expuesto inicialmente y también veré las contestaciones que ha dado a mis compañeros y, por supuesto, tomaré nota de lo que nos resulte adecuado para acertar en la normativa, que es, en definitiva, lo que nos guía.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Señor Ferrer, bienvenido, después de algunas conversaciones y porque fundamentalmente no podría entenderse que los legisladores estuviéramos trabajando en este asunto sin escuchar atenta y detenidamente la opinión del objeto de la reforma legislativa que se está proponiendo, es decir, los usuarios de salud mental, los pacientes que tienen una enfermedad mental. Si es importante la presencia de cualquiera de los que han intervenido, creo que la suya es absolutamente fundamental, es piedra de toque y no usted personalmente, como bien ha dicho, sino a quien representa.

En ese sentido va mi primera pregunta. Me imagino que la asociación de usuarios de Cataluña está en contacto con otras asociaciones de usuarios del resto del país, incluso de Europa, me consta. Por ejemplo, en mi comunidad autónoma, en Canarias, son bastante guerreros y toman la calle con muchísima frecuencia, porque desgraciadamente también el tema de la salud mental es bastante deficiente. ¿Qué grado de consenso hay entre las asociaciones de usuarios con respecto a lo que se quiere normar, con respecto a la propuesta de la que estamos hablando aquí? La segunda pregunta iría en el siguiente sentido. De su intervención he deducido —y dígame si lo he hecho bien— que usted considera que la legislación vigente es absolutamente suficiente, pero se ha puesto de manifiesto aquí, se ha demostrado y todo el mundo coincide en que existe un problema y que hay un grupo de pacientes que su gravedad no es suficiente como para requerir un ingreso de urgencia, pero que por su enfermedad, que fundamentalmente nos hemos limitado a psicosis agudas del tipo de la esquizofrenia o de los trastornos bipolares, tampoco están incluidos en el sistema. Desde su experiencia y desde el punto de vista de los usuarios, ¿cuál sería realmente su propuesta para cubrir a ese grupo de pacientes que realmente no serían susceptibles de ingreso, pero que con el sistema sanitario que tenemos actualmente, en algunos lugares más deficiente que en otros, no queda cubierto o realmente no están progresando o realmente no están tratados? Hemos hablado también de los ingresos de puerta giratoria y en algunos casos se ha afirmado aquí que los pacientes quedan abandonados tras su ingreso. ¿Usted qué cree como usuario? ¿De su gente qué recibe, qué le dicen, esto es verdad o no es verdad? ¿Cree usted también que los profesionales sanitarios se implicarían más si hubiera una tutela judi-

cial? También lo hemos escuchado en alguna de las comparecencias.

Para ir terminando, una pregunta más: ¿le parece necesaria la figura del juez-autoridad, como hemos escuchado por parte de algún profesional de la psiquiatría que necesita que el juez sea el malo de la película para que el psiquiatra que está en contacto con el paciente sea el bueno de la película y poder seguir teniendo esa corresponsabilidad terapéutica, que es absolutamente fundamental y necesaria para poder progresar en el tratamiento de estos pacientes? Por último, aunque se me ocurren muchísimas más, pero tenemos que terminar, ¿qué opinión le merece la recomendación del Comité de Ministros de la Unión Europea, de 22 de septiembre de 2004, a la que se ha referido mucha gente en el sentido de que permitiría el tratamiento ambulatorio judicializado?

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Ferrer.

El señor **PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE CENTROS DE SALUD MENTAL DE CATALUNYA, ADEMM** (Ferrer Pinyo): Muy honestamente, con 3.078 euros de subvención, ¿qué quieren ustedes que hagamos? ¿Cómo podemos recabar y recoger la opinión de todos los usuarios de España? Ese movimiento está latente ahí, pero no está, está sumergido dentro de asociaciones de familiares —que no se entienda que estamos en contra de ellas de ninguna manera—, sin suficiente capacidad de independencia y sin suficiente estímulo. Cuando el mensaje que se ha mandado es: no, vosotros ir a congresos y ya os diremos lo que tenéis que decir. Esto es banalizarlo. Difícilmente puede uno calibrarlo. Nosotros nos hemos puesto en contacto con una asociación de Sevilla y hemos recibido e-mails oponiéndose a esta propuesta. Si les he de ser sincero y honesto, no puedo calibrar esto en toda su entidad, porque somos los únicos que tenemos esta opinión. La opinión general, evidentemente, es de oposición. No se entiende —como no lo entienden la mayoría de las familias, porque tampoco se les ha hablado—, porque ha salido de una comisión muy técnica, tan técnica que después se apoya diciendo que es la representación de todas las familias, cuando no lo es. El sentir general que representamos es que hay una oposición latente y cierta, sobre todo, por miedo a la criminalización, a la estigmatización y al control, pero no les voy a hacer una aseveración contundente y clara, porque ese movimiento está naciendo. Lo que les he pedido antes es que se estimule como un valor añadido y que se promoció, porque seguro que saldrá. Nosotros nos afiliaremos —todavía no hemos tenido tiempo— a la Red mundial de usuarios y —qué maravilla, aunque a algunos no les guste— supervivientes de la psiquiatría. Esta es la connotación que se ha utilizado. He estado en contacto con el presidente de la asociación de Dina-

marca y copresidente de esta red mundial, en el I Congreso de Salud Mental en Valencia —que por cierto pagó el Imserso—, que se celebró hace poco, no sé cuándo fue porque llevo tantas cosas que pierdo la memoria. Lo genial del congreso fue la frase: La salud mental es cosa de todos. También me puse en contacto con una persona de Naciones Unidas, de Nueva York, que vino expresamente al congreso. Ambos me preguntaban que dónde estaban los usuarios. Les comenté que éramos yo y otro compañero los que habíamos asistido. Ese señor no entendía absolutamente nada —no sé si era un problema de la traducción del inglés, creo que no, porque hablo poco inglés, pero me tradujeron muy bien—, buscaba a los usuarios y no los encontraba por ningún lado. En Dinamarca, con 5 millones de habitantes tienen 1.000 usuarios. Nosotros, con 6 ó 7 millones, según el señor Maragall, tenemos 120 usuarios. Fíjese si nos queda, estamos al 10 por ciento. ¿Y en el resto del Estado español? ¿Cuántos les tocaría si son 45 millones? Bastantes. Esto hay que promocionarlo y saldrán esas opiniones, que tendrán un valor añadido. Esta es la postura: indefinida. No les voy a ser contundente. Lo que pensamos quienes, afortunada o desgraciadamente —porque es un peso—, lideramos esto ahora de alguna manera —ser líder no es ninguna ventaja, es un inconveniente; seguro— es que han de salir más, muchísimos más. No tenemos pretensión de abarcar lo que no nos corresponde. Esto es responsabilidad de todos.

Sobre si la legislación vigente es suficiente, ya me he referido anteriormente a ello, pensamos que sí. El propio protocolo de Bilbao, la propia señora Elósegui manifiesta que se están haciendo intervenciones. Si ya se están haciendo intervenciones para ese grupo excepcional y reducido de 47 personas. Un 7 por ciento de 45 millones, serían unos cuantos millones. Por tanto, cambiar el Código Civil por 47, 450 ó 1.000 personas en toda España, dentro de tantos millones de personas, no tendría sentido. Aparte que es una cuestión de democracia y de total equiparación.

En su tercera pregunta hablaba del grupo de pacientes con psicosis y con trastorno bipolar, no recuerdo exactamente a qué se refería en ese sentido.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Estaba unida con la pregunta anterior, le preguntaba cuál era su propuesta.

El señor **PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE CENTROS DE SALUD MENTAL DE CATALUNYA, ADEMM** (Ferrer Pinyo): Mi propuesta ya la he explicitado. Se tiene la tendencia a hacer una dicotomía entre la psicosis y la neurosis. Esto es una barbaridad. En mi opinión —de la que se puede disentir o se puede incorporar porque son temas que llegan a lo ideológico, a lo filosófico—, no hay más diferencia entre la psicosis y la neurosis que la pura y simple expresión de la cuestión sintomática. Es decir,

en el campo de la psicosis se dice que se pierde el sentido de la realidad. Si estuviera aquí se pensaría que estaba en el Central Park y que ustedes eran enanos, figuras o cosas. Esto es la expresión sintomática, es el final del circuito de lo que ha ocurrido, de la pérdida de la realidad. En la neurosis se puede tener un cuadro más obsesivo o reiterativo, pero no se pierde el estado de la realidad. El problema en salud mental no es qué ha ocurrido, no es tratar esa situación sintomática que es real, porque piensen ustedes que en el estadio de la psicosis, para el paciente esa situación es real. Lo que se hace sintomáticamente es negar esa realidad que existe. No se puede negar una realidad que alguien siente. El problema no es negar o no esa realidad, sino cuál es el circuito que se ha producido para que una persona, desde una determinada situación, a lo largo de su proceso vital, en su nacimiento o en su juventud, sufra esa psicosis —una vez me preguntó una familiar, que estaba embarazada, que si le podía haber influido un problema muy gordo que tenía y le dije que sí que le podía haber influido, pero no podía pensar que era la causa— y cuál es el circuito de regresión. No simplemente quedarse en la situación del momento sintomático, porque ahora en la salud mental se está tratando más el síntoma y no la causa y más con el poco grado de desarrollo que tenemos. Precisamente esta medida va a decir eso: tratemos el síntoma, contengámoslo y todos contentos. No, perdonen ustedes, toda persona y todo sistema sanitario y de justicia social debe pretender buscar la solución del problema. Otra cosa es que pueda encontrar y hasta dónde se pueda llegar; ya veríamos. No creo que se pueda hacer una aseveración contundente. En este sentido, tanto el trastorno bipolar como la psicosis en el campo de la esquizofrenia, como los trastornos límites de personalidad, no son expresiones demasiado distintas a las que pueda sufrir cualquier persona en un mundo dentro de un íter determinado. Por tanto, no hago diferencias, aunque si miran ustedes el DSM-IV, a lo mejor marca diferencias. Les recomiendo que no lo miren o que lo miren con prudencia si no son unos profesionales, porque lo que se dice en el primer curso universitario es que cuando se lee eso uno saldrá pensando que tiene cualquier diagnóstico, porque nadie se escapa de eso, forma parte de la condición humana. ¿De dónde nace un trastorno grave o un problema de salud mental? Nace de una disociación de la persona con su entorno, con su realidad; de un proceso vital en el que han influido muchas cosas contradictorias entre sí y que llega un momento en el que revienta. ¿Cómo damos solución a eso? Con la ley seguro que no. Las leyes están para apoyar, para instrumentalizar medios, pero no para dar órdenes. Y digo órdenes en relación con su pregunta seis, que ahora es la cinco, sobre la implicación de los profesionales. Cualquier profesional ha de ser lo suficientemente ético como para que nadie tenga que ordenarle implicarse éticamente en su trabajo, si no, que no sea profesional. Yo he tenido responsabilidades a nivel bajito y uno ha de

saber que cuando asume una responsabilidad tiene que responder a ella y nadie tiene que darle esa orden, porque eso sería una degradación de su actividad. ¿El juez le ha de dar autoridad moral para hacer lo que tiene que hacer como profesional? Así no vamos a poder ni salir a la calle, porque vamos a tener que preguntar al juez si podemos salir debido a cualquier razón, banalizando así la cuestión. Esto es reclamado por algunos profesionales, pero a los profesionales hay que entenderlos también, porque a veces se encuentran en una posición totalmente contradictoria, que va más allá de sus posturas personales, tanto ideológicas como filosóficas, de su manera de entender la salud mental y la psiquiatría.

Ustedes saben que existen distintas posturas, según pertenezcan a una escuela o a otra, según sean psicoterapeutas sistémicos o sean psicoanalistas. A veces se encuentran presionados por la propia falta de medios para poder atender a los enfermos adecuadamente, que es lo que reclamamos, pero no por eso pueden renunciar a su responsabilidad y pretender que el juez les dé autoridad. ¿Delante de quién? ¿Autoridad de cuánto y de quién? Si lo que se quiere es darles pastillas, firmo este artículo ya. Además, como no hay equipos de intervención terapéutica en urgencias familiares, tienen que ir a las casas, no hay que esperar. Esa es otra gran contradicción. Esa es una situación grave. ¿Qué ha ocurrido ahí? Desde la reforma psiquiátrica, si el enfermo grave que padece esa disociación no va al servicio de salud, el servicio de salud no va a buscar al paciente para atenderle. Hay que hacerlo al revés. Las experiencias que se están realizando en Barcelona y en Cataluña con los planes de seguimiento individualizado, que suponen que haya una persona que atienda estos casos, están dando unos resultados fabulosos, aunque tienen sus problemas, que no deja de haberlos. Si no, ¿cómo lo llevamos? Por orden judicial, va a por él la policía, lo lleva ante el juez y ya está. Cualquier persona —y una persona con trastornos no va a ser la excepción— se rebota ante una medida de autoridad. Un proceso terapéutico no se puede realizar sin la complicidad de la persona. Lo que ocurre es que ésta se puede negar, pero para eso están los profesionales, para ganársela, para buscar recursos, para pactar con ella, etcétera. Entonces se conseguirá o no se conseguirá, pero si la policía la lleva ante el juez, se abre otro conflicto dentro de la persona. Yo he tenido que ir cerrando conflictos con los psiquiatras que me habían tratado, porque me sentí maltratado y, si no, no podría estar como estoy.

En cuanto a la recomendación de los ministros europeos, creo que ha habido una reunión de todos los ministros en Helsinki —no sé si se refería a esa— en la que recomendaban el tratamiento ambulatorio. No tengo referencia de esto.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Del Consejo de Europa, del Comité de Ministros de los Estados miembros, relativa a la protección de los derechos del hombre y de la dignidad de las personas que tienen una

enfermedad mental. Fue el 22 de septiembre de 2004. Si no tiene noticia de ello, le presto el documento, aunque está en francés.

El señor **PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE CENTROS DE SALUD MENTAL DE CATALUNYA, ADEMM** (Ferrer Pinyo): En todo caso, me parece una total y absoluta contradicción que para proteger los derechos de una persona estos se le quiten. Eso es lo que supone un proceso de incapacitación, una total y absoluta contradicción. Esto no quiere decir que una persona, en un momento determinado de su vida —porque esto se da— esté falta de capacidad y pueda llevar a cabo acciones que vayan en contra de su voluntad y de sus propios intereses, pero para solucionarlo no hay que incapacitarla totalmente, no hay que decirle: Usted ya es incapaz para todo. Nosotros estamos de acuerdo con las curatelas, tutelas parciales, pero total y absolutamente reversibles, porque si no estamos negando totalmente la capacidad de vuelta. Sé de personas que ahora tienen capacidad suficiente para ser dueñas de sus actos, pero no pueden serlo por el hecho de haber estado incapacitadas. Esto teóricamente, desde un punto de vista jurídico, es posible, pero en la realidad no lo es. Yo conozco el caso de una persona en Barcelona a la que hasta ahora ha sido imposible devolver su capacidad total. Uno, en un momento en el que tiene unos problemas, no está incapacitado para hacer otras cosas —me remito a otras enfermedades y a otros problemas—, pero lo incapacitan porque padece un trastorno mental.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Ferrer. Su comparecencia ha sido muy ilustrativa. Quiero hacerle llegar una vez más el sentir de todos los miembros de la Comisión, felicitándole y agradeciéndole su comparecencia hoy ante nosotros.

Vamos a pasar a la última comparecencia, que es de doña Silvia Ventura Mas, magistrada del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción número 40 de Barcelona. (**Pausa.**)

— **DE LA SEÑORA MAGISTRADA DEL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA E INSTRUCCIÓN NÚMERO 40 DE BARCELONA (VENTURA MAS). (Número de expediente 212/000496.)**

El señor **PRESIDENTE**: Damos la bienvenida y agradecemos su comparecencia a doña Silvia Ventura Mas, magistrada del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción número 40 de Barcelona, cuyo testimonio sin duda también va a sernos de utilidad para los trabajos que tiene encomendados esta Comisión, desde el punto de vista de completar y pronunciarse en el desarrollo de esta iniciativa legislativa.

Sin más rodeos, le cedemos el uso de la palabra a doña Silvia Ventura Mas.

La señora **MAGISTRADA DEL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA E INSTRUCCIÓN NÚMERO 40 DE BARCELONA** (Ventura Mas): Espero no cansarles a estas horas, después de tantas comparecencias.

Yo quisiera cortar un poco hablándoles de una frase de un poeta y dramaturgo francés de entreguerras. El poeta se llama Antonin Artaud y la frase dice así: ¿Qué garantía tienen los alineados patentes de este mundo a ser atendidos como auténticos seres humanos? Esta es la frase y me quisiera quedar con dos palabras, garantía y atendidos, porque esto es el quid de la cuestión que estamos debatiendo. Se trata de atender con garantías.

Señorías, yo me dirijo a ustedes como jurista y como juez encargada de internamientos psiquiátricos en Barcelona desde hace cinco años y medio. Examinó a 1.500 enfermos por año y me entrevisto con una porción de los familiares de estos enfermos, con los psiquiatras, con los cuidadores y con los psicólogos que les atienden porque entiendo que hay que hacer un trabajo coordinado en esta materia, y por esto trabajo en la Comisión de Ética del Congreso Catalán de Salud, colaboro cuando se me pide con la Consejería de Sanidad y también coordino los trabajos que se hacen en el Consejo General del Poder Judicial relacionados con los jueces especializados en esta materia. Dicho esto, mi posición respecto a esta proposición de ley es absolutamente contraria por los motivos que muy sucintamente les quiero exponer.

Como premisa previa, quiero decir que entiendo perfectamente a los familiares que han promovido, desde mi punto de vista de forma errónea, esta proposición de ley acuciados por la necesidad de recursos, porque este es el problema. Se ha dicho aquí por todo el mundo, pero éste es el problema. No se ha desarrollado el artículo 20 de la Ley General de Sanidad y ahí tenemos la solución al problema. Tanto es así, que en el acuerdo 31 del Consejo General del Poder Judicial, de fecha 9 de febrero de 2005, los jueces que nos encargamos de esta materia, después de reunirnos durante tres años, en septiembre de este año llegamos a la conclusión de que antes de abordar cualquier reforma legislativa, lo que deberíamos hacer sería desarrollar el sistema de servicios de la Ley General de Sanidad.

En la exposición de motivos de esta proposición de ley se parte de unas premisas que desde mi punto de vista son imprecisas y erróneas, y que nos llevarán también a soluciones erróneas. En primer lugar, se habla de enfermos mentales sin especificar el amplio abanico de trastornos mentales, psíquicos y emocionales que envuelven la salud mental. Si tenemos en cuenta que el somnífero que tomamos una amplia franja de la población —yo, por ejemplo— es una medicación psíquica, estaríamos hablando de una franja de la población a la que seguro que ustedes los legisladores no quieren llegar. ¿De qué estamos hablando en realidad? Estamos hablando de los trastornos mentales severos, y la OMS nos dice que los trastornos severos alcanzan a un 2-3

por ciento de la población. ¿Por qué nos encontramos aquí por ese 2-3 por ciento de la población? Porque de ese 2-3 por ciento de la población, no todos precisan una medicación obligatoria, la mayoría desenvuelve su vida con tratamiento ambulatorio, evidentemente consentido por ellos, y hacen una vida cuasi normalizada (no sabemos si podemos tener compañeros, quizá alguien aquí, que se encuentre en esas circunstancias); en otros, como en cualquier enfermedad crónica más o menos grave, la asistencia médica, incluso el ingreso involuntario, tiene una incidencia mayor dentro de su vida, y hay una franja, que se sitúa entre el 5 y el 7 por ciento de ese 3 por ciento de población —que si echamos los cálculos supone el 0,15 por ciento de la población—, que es renuente al tratamiento. A ese posible y escueto porcentaje de población es al que se dirige esta ley general, con los peligros que una ley general implica de ampliación, no de la excepción de que se hablaba de si quizá... Seguiremos con ese tema. Estoy hablando de esos porcentajes del 5 y el 7 por ciento porque, a partir de la experiencia del tratamiento ambulatorio obligatorio que está aplicando mi compañera Aurora Elósegui en el País Vasco y que fue explicitada en las jornadas de septiembre, se dieron esos datos estadísticos y las personas que lo están aplicando lo sitúan en esa franja de población.

En segundo lugar, desde el punto de vista asistencial no es cierto en absoluto, al menos en mi comunidad autónoma, que los enfermos estén situados en el más franco abandono, eso no es verdad. Hay enfermos —se ha dicho también aquí— de puerta giratoria. ¿Por qué? Porque son personas que, tras su paso por la unidad de agudos, no encuentran plaza, porque no hay, en la unidad de sub-agudos donde reafirmar su curación, porque tampoco la hay posteriormente en establecimientos de larga estancia y tampoco la hay en establecimientos residenciales.

¿Qué ocurre? Que por su propia patología hay un grupo de enfermos que permanecen aislados en su domicilio, y esos enfermos tampoco tienen una atención domiciliaria. Esos enfermos necesitan no de obligación, sino asistencia. Aquí se ha hablado ya —lo he oído el rato que he estado aquí— de una experiencia piloto que hay en Barcelona, que es el programa de atención psiquiátrica individualizada, que tiene una corta vida; corta vida durante la cual, por la estadística de este último año, se han atendido a 129 personas. Entre atendidos ese año y no atendidos el año anterior habían disminuido las urgencias en hospital psiquiátrico en un 76 por ciento, las urgencias en centros de salud mental en un 52 por ciento y los traslados urgentes en ambulancia en un cero por ciento. ¿Por qué eso es así? Porque hay una estrecha relación personal entre el personal del PSI y el enfermo, y ese personal vela por sus intereses, por sus derechos de usuario, por las relaciones con su entorno, tanto social como familiar, coordina con los familiares y, por qué no, favorece su adhesión al tratamiento, porque en esos extremos que

acabo de decirles es donde el enfermo mental tiene dificultad.

Les señalo estos datos de mejora no por dar una estadística más, sino porque el servicio vasco de salud mental, al explicar su experiencia, obligando a los pacientes, daba unos porcentajes menores de éxitos actuando contra la voluntad de los pacientes.

En tercer lugar y desde el punto de vista del interés general, yo creo que de ninguna manera se puede legislar en materia de salud atendiendo a criterios economicistas, como se habla en el preámbulo. Yo no quiero hablar de derroche, sino de los criterios que establece nuestro Tribunal Supremo en sentencia de 6 de julio de 1990, que establece que las relaciones de médico-enfermo generan obligaciones de medios y no de resultados, ya que no se garantiza la curación, pero sí la utilización de medios adecuados, siempre bajo dos premisas: la proporcionalidad y la idoneidad.

En este punto y como juristas debemos tener en consideración, por un lado, la coherencia de la norma dentro de nuestro sistema normativo, tanto nacional como internacional, y por otro lado los derechos fundamentales de las personas a las que va dirigida esta norma.

Entrando en el análisis de la materia, como ustedes saben, las normas internacionales forman parte de nuestra legislación cuando son ratificadas por mandato de la Constitución en sus artículos 10 y 94. Si hacemos un estudio de la normativa internacional, me he quedado sorprendida, porque les leeré los artículos que hablan de las tesis a mi favor, pero antes he oído una enumeración de leyes que no hablan exactamente de lo que se pretendía. Insisto, la declaración de derechos humanos y salud mental de Naciones Unidas, declaración de Luxor de 1989, estableció en su artículo 4 que los derechos fundamentales de los enfermos mentales serán idénticos a los de los demás ciudadanos. A cualquier persona que suframos cualquier patología nadie nos va a obligar, aunque sea por nuestro bien, a que nos tratemos; y en su artículo 5, que se les propiciará un tratamiento en beneficio del paciente, y no de los intereses de la familia, de la comunidad y del Estado. Posteriormente, la Asamblea general de Naciones Unidas, en la Resolución 46119, de 17 de diciembre de 1991, que aquí también se ha citado, dice que el tratamiento del paciente irá dirigido siempre a preservar y estimular su independencia —no por obligatoriedad se estimula la independencia— dentro de la comunidad, protegiéndolo e intentando siempre conseguir su consentimiento informado —consentimiento, no obligatoriedad—. Eso recoge el principio 1.5 y 9.4 del artículo 9.2 de la declaración de Hawái, de la Asociación Mundial de Psiquiatría de 1977, y se lo digo así para que ustedes lo comprueben. La jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en el caso Asghne, los jueces Pettiti, Mechior y Wetzael propugnan el deber de la Administración de buscar los mejores medios para lograr la curación.

Si entramos en nuestra legislación nacional, la Ley General de Sanidad, de la que se ha hablado tantas veces, en consonancia con las líneas que les he citado, y en consonancia sobre todo con el artículo 14 de la Constitución, establece la igualdad de las personas, y no estableció ninguna discriminación entre los pacientes. Así, habla de pacientes y de los medios adecuados para su recuperación. Estamos hablando de servicios y no de enfermedad. La existencia de una buena red sanitaria, como he tratado de explicarles, evidentemente hace que se vincule más al paciente y que se abandone menos el tratamiento. Las leyes, señorías, no pueden sustituir a los servicios, y aquí de ninguna manera puede establecerse una ley discriminatoria en contra de lo legislado hasta ahora entre pacientes y un tipo de enfermedad y de otra, sin pretender con eso vulnerar sus derechos fundamentales. Estamos ante pacientes con sintomatologías distintas, pero no entre personas distintas. En ese sentido, creo que se ha dicho antes, el Síndic de Greuges en Cataluña, ante la propuesta de esta ley emitió un dictamen en el pasado mes de octubre en el que decía que si esto continuaba adelante era una ley coercitiva, invasiva, que podría ser declarada inconstitucional.

En conclusión, por conciliar los derechos fundamentales con las medidas terapéuticas de ninguna manera puede planear una sombra de penalidad, porque, ¿qué ocurrirá si se aprueba la ley y no se cumple esa obligación de tratamiento ambulatorio obligatorio? ¿Pondremos a esas personas en prisión? ¿Les decretaremos el ingreso involuntario? Pues si es necesario eso no es malo, es terapéuticamente bueno, porque mientras está ingresado no solamente se medica, sino que hay un sostenimiento, una observación durante las 24 horas del día. Como con cualquier otra enfermedad estar ingresado en un hospital no es malo, porque el tratamiento adecuado no se refiere —también se ha dicho aquí— únicamente a la administración de fármacos, sino que es algo más. Sin entrar en la definición de salud de la OMS, es establecer una alianza terapéutica entre el paciente y el terapeuta, que se respeten mutuamente, y que el paciente, una vez informado de su situación, haga una elección razonable ante el plan que se le proponga; es el consentimiento informado. La asunción de la propia enfermedad por un paciente no se hace por ley, no se hace por la fuerza, es un proceso terapéutico a veces largo y difícil, pero solamente lo puede conseguir el terapeuta, no la ley, ni el juez, y para aquellos casos, la franja que es atenuante a la medicación, a la asunción de su situación de enfermedad está situada en el 5 por ciento del 3 por ciento de la población, que nos sitúa en un 0,15 por ciento.

Existe la Ley de autonomía del paciente, que también se ha dicho aquí. En el artículo 9.2 figura el consentimiento por sustitución; consentimiento por sustitución que hacemos los jueces en determinados casos y que son de aplicación para todo tipo de enfermedades, tanto para aquella persona que ha sufrido un ataque al

corazón y está inconsciente como para un enfermo mental; es sin discriminación. Consecuentemente, no es cierto que no exista ninguna ley, como erróneamente dice la introducción de esta ley, sino que ya existe y no es perjudicial para los derechos de los enfermos mentales, por cuyos derechos la Constitución nos encomienda velar a los jueces de forma especial. Lo que no existen son equipos de profesionales y servicios para dar respuesta a la salud mental. ¿Que si hace mucho tiempo? Desde 1986 cuando se aprobó la Ley General de Sanidad. Desde aquí yo les insto a que legislen para el cumplimiento de las previsiones de servicios sanitarios, que es la única manera de cumplir el mandato constitucional del artículo 43 y del artículo 49: del derecho a la salud y del derecho de promoción e inserción de enfermos psíquicos, y no adoptando otras medidas discriminatorias que además destruirían la relación con el terapeuta y dejarían al paciente fuera del sistema sanitario, para evitar esa criminalización. Se puede decir de otra manera más suave: se le asigna una obligación a una persona que no debe nada a la sociedad, pero se le está obligando a unas medidas por la vía civil que solo son admisibles penalmente.

Recuerden lo que les he dicho: atender con garantías. Desgraciadamente, la historia de este país ha sido demasiado discriminatorio, en los derechos de los enfermos mentales. Antes de ser juez, yo he sido funcionaria del juzgado de peligrosidad y rehabilitación social, fruto de una ley maldita que ya no existe y que en su artículo 2 trataba de los enfermos mentales. No demos ese paso atrás.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Qué grupos van a intervenir? (**Pausa.**)

En nombre del Grupo Vasco (EAJ-PNV), tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Gracias a la compareciente por su intervención que nos ha parecido enormemente interesante. Esta mañana hemos tenido ocasión de oír a juristas y a su compañera, la fiscal que ejerce en Barcelona, opiniones favorables a que se tome algún tipo de iniciativas a este respecto, y usted que, tal y como ha manifestado al comienzo de su intervención, se ha mostrado abiertamente en contra; ambas con razones sólidas y fundadas. Mi formación política sí apostó por la toma en consideración de la medida, si bien nos parecía que por mucho que modificásemos una ley procesal, el enganche —si se me permite utilizar la expresión— con lo que debe ser la respuesta sociosanitaria de los poderes públicos no se iba a lograr con la modificación de una ley procesal. En todo caso, sí nos convenció que se podía atender lo que se pretendía en cuanto a intentar llenar un posible hueco y en modo alguno lo entendimos como criminalización o introducción en el ámbito del derecho penal de conductas que entendíamos, al igual que ocurrió al modificarse el artículo 763, en el estricto ámbito de lo civil. Creo

que usted ejerce en un juzgado que tiene que ver con la capacidad y la incapacidad. Me gustaría que me dijera qué hace cuando se encuentra en situaciones en las que le parece que la incapacitación no está indicada y que no se dan los supuestos para una solución tan drástica o tan estricta como la prevista por el ordenamiento y si podría, en cambio, encontrar otra forma de atención, puesto que me ha parecido entender que no es partidaria de las soluciones que se han dado en el juzgado de San Sebastián, que pone en marcha medidas de esta índole. Me gustaría que nos dijera qué suele hacerse, porque tiene que tener una cierta sensación de impotencia, puesto que de usted no depende, como no depende de mí, que el sistema sanitario mejore de repente y disponga de los medios necesarios, o que, tras tanto tiempo de vigencia de la Ley General de Sanidad, se hubiese creado una respuesta social adecuada y además teniendo en cuenta las diferencias de unos sitios a otros. Es decir, ni con cautelas y con cuidado en la regulación, para que no sea lo que se teme y pueda servir para quitarse de en medio —dígase también de manera coloquial— a enfermos que resultan complicados para su entorno social y familiar, ¿qué otra opción le parece a usted que podría llevarse a efecto? Si no responden médica ni socialmente los poderes públicos, si no se puede dar la solución de incapacidad porque es una de las soluciones más drásticas o más dramáticas que prevé el ordenamiento, ¿no podría servir como paso intermedio una solución de este tipo? Ha mencionado usted la Ley de Peligrosidad Social. Yo creo que no es el tratamiento que se pretendía, ni está en la mente de quienes hemos apostado por tomarlo en consideración —a todos aquello nos parecía una aberración—, y no creo que los parámetros que se han impuesto al texto de la norma se puedan considerar así.

Hay una tercera cuestión: usted se ha referido al informe del Síndic de Greuges —negativo me ha parecido entender en relación con la posibilidad de una normativa de este estilo—; sin embargo las asociaciones que propugnaban que la tomásemos en consideración y regulásemos nos traían otro informe del Síndic de Greuges, éste el valenciano. Supongo que hay dos informes, y en el que yo he leído, sin que me convenza del todo, encuentro algunos elementos que pueden ser tenidos en cuenta, tan sólidos y respetables como puedan ser otros argumentos. Si usted lo conoce, ¿nos puede indicar qué hay de válido en él o qué le lleva a usted a tener un criterio más favorable sobre el elaborado en el ámbito de la comunidad catalana?

El llamamiento a las mejoras en lo sanitario está en la mente de todos, pero, definitivamente —ya nos lo ha dicho—, no hay ni una sola cuestión que pudiera ser abordada desde el ámbito que corresponde a una norma de ese estilo, que no pretende ser especial puesto que va en la Ley de Enjuiciamiento Civil y no pretende crear un sistema paralelo de derecho para unos y para otros, sino que sería para el conjunto de los ciudadanos que se encontrasen en las concretas circunstancias. Una cues-

tión más, si conoce si está dando resultado o no otra norma que puede ser tan excepcional como ésta, la autorización judicial respecto de internamientos en pacientes psiquiátricos.

El señor **PRESIDENTE**: Como la señora Ventura también prefiere contestar individualmente, tiene el uso de la palabra.

La señora **MAGISTRADA DEL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA E INSTRUCCIÓN NÚMERO 40 DE BARCELONA** (Ventura Mas): En cuanto a lo que usted me dice sobre si incapacito o interno, intento aplicar la ley según del procedimiento al que se me insta. Si se me insta un internamiento, hay un procedimiento a seguir y, después de mi exploración, después de la exploración por el médico forense, adopto la resolución que me parece más prudente. Si esa persona tiene una sintomatología de enfermedad mental pero que no es lo suficientemente aguda, no está lo suficientemente descompensada para que esta persona merezca ese ingreso inmediato, lo que hago es hablar con ese paciente y decirle cuál es mi opinión —que para mí en esos momentos no se encuentra en situación de ser ingresado, que si lo estuviera lo haría de inmediato—, y le aconsejo —y se propicia desde el propio juzgado— hora de visita en su centro de salud mental. No sé si lo sigue o no lo sigue, como en cualquier otra patología, porque no establezco ninguna otra diferencia. Si se me insta una incapacidad respecto a un enfermo mental, lo que hago yo, —no lo dice la ley—, aparte de los procedimientos que establece el artículo 759 como pruebas preceptivas, es pedir un informe al psiquiatra que está tratando a esa persona, si es que lo hay, obviamente, aunque cuando se llega al trámite de incapacitación es que ha habido ya una historia previa. Si el psiquiatra me aconseja con su tratamiento que eso es beneficioso para la buena evolución terapéutica del enfermo, y siempre partiendo de ese punto de vista, lo hago, y en función de lo que sea estrictamente necesario. Claro que lo hago, Lo que quiero decirle es que enfermedad mental, aunque no se siga tratamiento, no equivale a incapacitación. Lo hago en los casos —no hay una verdad eterna— en que sea estrictamente necesario, en otros no.

En cuanto al Síndic de Greuges, ¿cuál es la religión verdadera? Para mí la religión verdadera es la que encaja más con mi forma de ver, así de claro. El Síndic de Greuges de Valencia hace referencia a la ley que se adoptó en Estados Unidos a partir de que hubo unos enfermos mentales que mataron a tres personas en el metro. ¿Cuántos asesinatos no hay por no enfermos mentales? Para mí no es un fundamento como para establecerlo.

No sé si me he olvidado de algo, no sé si he contestado a todo.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Me parece que sí, porque a la referencia a la utilidad o inutilidad y qué es lo que se indicaba en los casos en que no procediendo la incapacidad será otra cosa, me ha contestado, junto con la última pregunta sobre si había resultado adecuada la reforma de la norma o no.

La señora **MAGISTRADA DEL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA E INSTRUCCIÓN NÚMERO 40 DE BARCELONA** (Ventura Más): Es un problema sanitario y yo remito a la sanidad.

El señor **PRESIDENTE**: Si la respuesta está contestada, no entren en debate.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Al revés, señor presidente. Estaba dándome por satisfecha con la respuesta y le iba a decir que, en todo caso, completaría lo que yo quería saber con las contestaciones que dé a mis compañeros. No me iba a alargar, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: En nombre del Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Martín Soledad.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Doy las gracias a la compareciente.

Prácticamente no voy a formular preguntas, porque parece que las posiciones están más o menos claras y que desde el mundo de los juristas se plantean las mismas dicotomías sobre las distintas maneras de percibir la realidad asistencial con relación al colectivo de los enfermos mentales.

Solo querría hacer un par de precisiones. Efectivamente, enfermedad mental no es sinónimo de incapacidad, eso está más claro que el agua. La modificación del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que se propone aquí se hace desde una perspectiva bastante multidisciplinaria, según los distintos portavoces que han intervenido: la portavoz socialista es médico, el portavoz del Grupo Popular es médico y los demás portavoces son juristas. Entiendo que esta solicitud de turnos de comparecencia pretendían clarificar, aunque no sé si se ha logrado. Lo que hemos clarificado es que es realmente difícil clarificar cuál es la verdad absoluta con relación al tema en concreto. Lo que sí está claro —y a lo mejor es una percepción mía, fruto de mi desconocimiento jurídico de aplicación de las leyes—, y creo que ha sido la intención del grupo proponente de esta modificación y que comparto, es que además de la reflexión y de dar voz sobre este tema a distintos colectivos, desde el principio se ha entendido esta propuesta de modificación con toda la buena fe del mundo, para intentar llegar allí donde —y aquí me incluyo— no llegamos, sin criminalizar, aunque a veces se hayan utilizado aquí palabras que a mí me suenan un poco fuertes. Solamente querría pedirle su opinión sobre esto, como herramienta. Quizá no soluciona nada, pero

a lo mejor quita dramatismo al profesional o a la familia, que ve que no llega y que tiene que tener a un enfermo, encerrándose con llave en casa porque el enfermo no se quiere tomar la medicación o no acude al centro multidisciplinar. Esta es la realidad. La realidad es que esta propuesta de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil se hace sobre angustias reales de profesionales y familias. Lo único que yo le pido es una valoración sobre si es lícito quedar inactivos esperando una hipotética creación de recursos y unos presupuestos necesarios para este despliegue de recursos que se demoran en el tiempo, si es que llegamos a conseguirlos. ¿Nos es lícito ahora a los miembros de esta Cámara, como legisladores, quedarnos inactivos?

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Ventura.

La señora **MAGISTRADA DEL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA E INSTRUCCIÓN NÚMERO 40 DE BARCELONA** (Ventura Mas): ¿Si les es lícito? Yo creo que no. Lo que deben hacer todos los grupos, a mi entender, es propiciar y reclamar cuanto antes esos medios, porque los hay para muchas cosas y los ha habido para otras partes de la sanidad, y se discrimina cuando no los hay para la salud mental. Quedarse quieto o hacer algo no significa hacer una ley que obligue. Ya existe la Constitución y el régimen de igualdad entre las personas, y si una persona no está incapacitada tiene todos los derechos del mundo, tanto si es enfermo mental como si no. Por lo tanto, no podemos propiciar leyes que se apliquen según que sufran una patología. Usted me plantea esa situación límite, extrema, que las hay, de esa persona que se ha encerrado en su domicilio, que no sale, que no se lava, que no se alimenta, la sintomatología negativa. Las hay, pero para eso está el ingreso involuntario y el problema de esa persona que usted me describe con medicación no se soluciona, hace falta ingresarla. La conciencia de enfermedad es un procedimiento lento y en situaciones extremas es preciso que se soporte con cuidado a esa persona, igual que a otra que tenga una enfermedad grave. Estamos hablando de enfermedades graves y de situaciones graves. Después tiene que haber una continuidad terapéutica, pero esa continuidad se quiebra por falta de recursos. Estábamos hablando solamente de situaciones que solamente es una relación enfermo-médico. La ley a ese enfermo no le va a caer del cielo porque se le obligue. Porque transcurridos dieciocho meses ¿qué va a ocurrir? ¿Que se le van a aplicar otros dieciocho meses? Porque, ¿qué ocurre con la psicoterapia, de la que todo el mundo habla aquí? Si uno no quiere curarse unas adicciones, en cualquier centro, si uno no quiere dejar una adicción, si no tiene esa voluntad, no lo va a conseguir. ¿Por qué se impone esa medicación a un enfermo y no se le impone quimioterapia a otro enfermo de cáncer? ¿Por qué? ¿Porque uno molesta, es esa la situación? Digamos claro de cuál es la

situación. Estamos en un sistema legislativo, la Constitución y la igualdad para todos. La Ley General de Sanidad propicia esa igualdad, la sigue, pero no da medios y estamos haciendo desigualdad; y para suplir esa desigualdad, seguimos desiguando: pues a éste por obligación hay que tratarle.

Ustedes son el Parlamento de este país, ustedes deben propiciar, exigir, que los enfermos mentales —que no son seres extraños, es don Albert Ferrer, y muchos de ustedes, cualquier familiar nuestro puede ser un enfermo— tengan medios. Incluso si aprueban ustedes esto, harán faltan más centros, porque ahora mismo los servicios de salud mental están desbordados, en Cataluña no se da cita con menos de dos meses de antelación. Empecemos con la obligación de los tratamientos. Ustedes tendrán que constituir algún centro de salud mental más, porque si no no habrá manera, alguna dotación mayor de enfermería habrá que hacer. ¿Y a esa persona que vive sola, nadie la acompaña? Porque el PSI, ¿qué hace? Acompaña al médico, les acompaña al cine, les pone lavadoras, da un tratamiento humano a esa persona y ahí es donde la pastilla no soluciona todo.

El señor **PRESIDENTE**: Yéndose y viniéndose en esta puerta giratoria, le damos la palabra al portavoz del Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), señor Jané.

El señor **JANÉ I GUASCH**: Simplemente para agradecer la comparecencia, que leeré con detenimiento en el «Diario de Sesiones». Yéndome y viniendo porque, al igual que el presidente de esta Comisión compartimos hoy otras comisiones y es una lástima porque me hubiera gustado asistir a las exposiciones valiosas realizadas por los comparecientes. Ha valido la pena. Legislar es precisamente contrastar opiniones diversas sobre un mismo texto y esta es una de las grandes que tenemos en nuestro procedimiento legislativo, que lo que se acuerda tomar en consideración no lo enviamos directamente al BOE, sino que sufre una tramitación en el Congreso y en el Senado, y tendremos tiempo de profundizar aún más. Quiero ofrecer a mi Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), que se hizo eco de una petición de una asociación de familiares, después hemos visto que con matices, porque había miembros de Feafes que se desmarcan de ese contenido propuesto. Entiendo que nada está aún decidido y, por tanto, que a partir de ahora se nos abre a los ponentes un proceso de enmienda, que deberíamos conseguir que tuviera el máximo consenso. Sin más, agradezco a doña Silvia Ventura su aportación a esta Comisión.

El señor **PRESIDENTE**: ¿El Grupo Parlamentario Socialista va a hacer una o dos intervenciones?

El señor **PEDRET I GRENZNER**: Dos, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Pues tiene la palabra, en primer lugar, el señor Pedret i Grenzner.

El señor **PEDRET I GRENZNER**: Señor presidente, he solicitado la palabra para un absolutamente inhabitual —aunque tiene precedentes—, pero no inoportuno, turno de amistad. Se trata única y exclusivamente —no se asusten SS.SS., no voy a entrar en el fondo de la cuestión— de saludar a la magistrada Silvia Ventura, de expresar la satisfacción de que esté aquí, ilustrando al conjunto de la Comisión sobre los que temas que tan bien conoce y de recordar los tiempos, no diré viejos porque todos somos muy jóvenes, en que tuvimos la suerte de compartir ejercicio profesional y más de una militancia en la Barcelona de la transición. Para que conste así en el «Diario de Sesiones», Muchas gracias, señora Ventura.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias por esa demostración y homenaje a la amistad.

Tiene la palabra la señora Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Como ya le ha dado la bienvenida su amigo Jordi, que valga para el resto del Grupo Socialista, con el mismo cariño y el mismo respeto.

Yo sí voy a entrar en el fondo del asunto y le tengo que aclarar —se lo he comentado antes al presidente— que hay una portavoz que tenía mucho interés en estar hoy aquí y no ha podido ni la han podido sustituir sus compañeros, pero no ha olvidado que usted estaba hoy aquí y quiere hacerle alguna pregunta, por lo que me ha mandado desde New York, donde se encuentra la diputada Carme García, de Izquierda Verde-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, unas preguntas, a alguna de las cuales ya ha contestado. Por tanto, si no le importa, alguna le haré en su nombre.

Después de su exposición, hay muchas cosas que ya ha contestado a mi grupo, y quiero hacerle dos preguntas más. Le hemos oído decir a un magistrado en su comparecencia —creo que usted estaba presente también— que, a su entender, una persona con una enfermedad mental grave, del tipo de la psicosis, tiene coartada su libertad o el uso claro de su libertad —no recuerdo exactamente cómo lo ha dicho— por el mero hecho de ser un enfermo mental. ¿Comparte usted esta afirmación? Estoy segura de que nos aclarará si la comparte o no, y por qué.

Después de otra afirmación que se ha hecho aquí —y sobre esto le he preguntado también al compareciente anterior, que representaba a los usuarios—, me gustaría que me dijera si cree usted, por su actividad diaria y según su experiencia de 1.500 pacientes al año, que es absolutamente necesaria la figura del juez como autoridad.

Una pregunta compartida con la portavoz de Izquierda Unida: si cree usted que es suficiente, para evitar situaciones de desatención médica, la Ley de Autonomía del Paciente. El artículo 9.2, ¿cree taxativamente que es suficiente, o incluso el artículo 11, de instrucciones previas?

Al tema de derecho internacional ya se ha referido.

¿Cree usted que este proyecto de ley vetaría incapacitaciones? ¿Tienen algo que ver las incapacitaciones con este proyecto de ley? ¿Por qué no cree que esto supondría una mejora asistencial del enfermo mental?

Le agradecemos de nuevo su comparencia y sus opiniones, y, sobre todo, su experiencia vital, que es lo que más nos impresiona. Después de tantas comparencias, estamos impresionados por este asunto.

El señor **PRESIDENTE**: La señora Ventura tiene la palabra.

La señora **MAGISTRADA DEL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA E INSTRUCCIÓN NÚMERO 40 DE BARCELONA** (Ventura Mas): Son más de dos las preguntas que me hace. En cuanto a lo de la psicosis y la falta de libertad del enfermo con trastorno mental severo, tengo que decirle que, por el hecho de padecer un trastorno mental severo, uno no está privado de libertad para elegir. Eso solo ocurre en los momentos en que el enfermo está descompensado, como nos ocurre a usted y a mí si tenemos 40 de fiebre. Hay momentos en que estamos descompensados, que no podemos ejercer porque la enfermedad nos invade; de otro modo, podemos. A esto me refiero yo constantemente: ser enfermo mental no es sinónimo de incapaz, y no significa que haya que restringir la libertad personal del enfermo en cosas fundamentales o que haya que obligarle. Hay enfermos mentales que no se descompensan; a esos me refiero. ¿Son libres, o no? Dependerá de la gravedad del momento agudo, como en el caso de cualquier otra enfermedad orgánica.

El juez y el internamiento en esta medida; supongo que se refería a esta medida, aunque a lo mejor quería decir en general; no lo sé, porque me ha hablado de 2.500 asuntos. Ustedes conocen el 763: la figura del juez ya tenía su introducción en el año 1983, con la modificación del artículo 211. ¿Por qué se hizo intervenir al juez? Porque partíamos de la Constitución; una Constitución que garantizaba una serie de derechos fundamentales: los derechos humanos se incorporaban a nuestro sistema legislativo. En este país —como en otros— se habían hecho atrocidades en cuanto a ingresos psiquiátricos; de ahí la figura del juez. Yo voy todas las semanas al psiquiátrico que me corresponde, en cumplimiento de las 72 horas que marca el 763, para ver si se ha producido una detención ilegal, y porque el artículo 5 del Convenio pro derechos humanos equipara la figura del enfermo mental ingresado en agudos, en el momento en que no tiene libertad, a la de los necesi-

tados de que el juez tutele sus derechos fundamentales. Si no está en situación de privación de libertad, en situación de descompensación aguda que justifique el ingreso, ese enfermo es como otro cualquiera, y yo no tengo que intervenir en su tratamiento, como no intervendría en el de usted y soy responsable del mío. En esos términos, se nos consiente la responsabilidad, y no hay que ser más intervencionista con una enfermedad que con otra.

La autonomía del paciente. Evidentemente, para esos extremos en que no hay conciencia de enfermedad, para esa enfermedad y para otra —vuelvo a insistir—, la Ley de Autonomía del Paciente habla de los casos en que hay riesgo social. Para esos casos, existe la sustitución. Y le he presentado las cuentas: son el 0,15 por ciento de la población; y aun en esos se puede conseguir el consentimiento con terapeuta, esa alianza terapéutica. Si no, una ley sanitaria, porque estamos hablando de sanidad, no de otra cosa. Si nos salimos del marco de la sanidad, ¿de qué estamos hablando? ¿Hay una sombra penal, entonces? Si estamos en sanidad, estamos en sanidad; y, en ese marco, ahí está la Ley de Autonomía del Paciente. Hay pacientes que, cuando están bien, trabajan y son jueces, fiscales o médicos y tienen un trastorno mental severo. Mientras está compensada, una persona sensata tiene la oportunidad de acogerse al artículo 11, y decir: en el caso de que me descompense, pongo mi salud en manos de mi marido, mi mujer, mi vecino o mi amigo; y ningún juez tiene que intervenir. Cuando intervengo, elijo entre los datos que se me ofrecen, que no sé si son todos o si son suficientes o ciertos. Hago lo que buenamente puedo, como en cualquier juicio. El propio interesado es el que en sus intervalos lúcidos, por decirlo de una forma simple, puede decir en quién deposita su confianza, pueda decir: en caso de que sea incapacitado, quiero que mi tutor sea tal persona. No que lo diga un juez, sino que yo lo elija porque soy un ser libre.

Con respecto a las incapacitaciones, no recuerdo exactamente la pregunta.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Grande, tiene la palabra.

La señora **GRANDE PESQUERO**: La pregunta de la compañera portavoz era la siguiente: ¿no cree que con esta propuesta se evitarían incapacitaciones?

La señora **MAGISTRADA DEL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA E INSTRUCCIÓN NÚMERO 40 DE BARCELONA** (Ventura Mas): No, por lo que les he dicho antes. Cuando una persona necesita un tratamiento se puede acoger a las manifestaciones anticipadas, por un lado, y simplemente al tratamiento. Yo no creo que por incapacitación se pueda conseguir ese tratamiento obligatorio. El tratamiento siempre es una relación entre médico y pacien-

te. El juez puede decir que esa persona no tiene capacidad para lo que sea, pero no estoy vinculando, estoy haciendo un papel. Eso, por desgracia, ocurre muchas veces. Hay familiares que vienen a buscar la incapacitación de un enfermo mental pensando que con una sentencia que diga que esa persona está incapacitada podrá colocarle en un centro sociosanitario porque ése es el rumor que por desgracia existe entre las familias, que al incapacitado la Administración le dará una residencia. Y eso es falso porque ustedes me dicen que no hay recursos, y si no hay recursos no los hay, tanto si estás incapacitado como si no lo estás. Los recursos se dan en función de las necesidades y de las disponibilidades.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, piensen lo que hacen. Se abre una etapa de reflexión. Esta Mesa ha cursado la petición de una prórroga del plazo de presentación de enmiendas a esta proposición, pero lo que tengan que hacer vayan preparándolo.

Resaltando la importancia que para los trabajos legislativos han tenido estas comparecencias, quiero agradecer a la señora Ventura su comparecencia, en nombre de toda la Comisión, así como su presencia a todos los medios de comunicación, a todos los comparecientes, a los servicios técnicos y a todos ustedes.

Se levanta la sesión.

Eran las dos y treinta minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**

