



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2005

VIII Legislatura

Núm. 206

JUSTICIA

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. ÁLVARO CUESTA MARTÍNEZ

Sesión núm. 11

celebrada el martes, 1 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 asesora jurídica de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) (Blanco del Barrio). (Número de expediente 219/000086.) | 2 |
| — De la señora presidenta de Forum de Iniciativas Asistenciales y de Salud Mental de Catalunya (Lago Baylin). (Número de expediente 219/000089.) | 12 |
| — Del señor director del Programa de la Fundación Andaluza de Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) (López Álvarez). (Número de expediente 219/000090.) | 20 |

	Página
— Del señor presidente de la Asociación Española de Psiquiatría y catedrático de la Universidad de Sevilla (Giner Ubago). (Número de expediente 219/000091.).....	27
— Del señor responsable de Atención Psiquiátrica de Osakidetza (Iruin Sanz). (Número de expediente 219/000092.).....	34
— Del señor catedrático de bioética de la Universidad Complutense de Madrid (Nombela Cano). (Número de expediente 219/000094.)	43
— Del señor fiscal de la Audiencia Provincial de Córdoba y coordinador del Foro Andaluz de Bienestar Social (Santos Urbaneja). (Número de expediente 212/000493.).....	47

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

CELEBRACIÓN DE LAS SIGUIENTES COMPARECENCIAS PARA INFORMAR SOBRE LA PROPOSICIÓN NO 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 ASESORA JURÍDICA DE LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (FEAFES) (BLANCO DEL BARRIO). (NÚMERO DE EXPEDIENTE 219/000086.)**

El señor **PRESIDENTE**: Señoras y señores diputados, vamos a dar comienzo a la sesión de hoy de esta Comisión, en la que vamos a celebrar entre hoy y mañana un conjunto de comparecencias para ilustrar los trabajos de la Cámara respecto a la proposición de ley de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos. Antes de empezar informo a la Comisión que hemos puesto a disposición de todos los miembros de la misma, y obra también en los servicios de la Comisión, documentación remitida por la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Alguno de sus miembros también comparecerá, pero el presidente y la vicepresidenta de la misma, don Francisco Chicharro Lezcano y doña María Eugenia Díez Fernández, nos enviaron una carta en la que nos dan traslado de un informe que, como digo, obra a disposición de todas SS.SS.

Sin más preámbulos, doy la bienvenida a doña Raquel Blanco, asesora jurídica de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Feafes), para informar sobre esta proposición de ley. Sin más, y agradeciéndole su

presencia entre nosotros, vamos a darle la palabra. Tendrá una primera exposición, en torno a 15 ó 20 minutos, y a continuación abriremos un turno de preguntas en las que intervendrán los grupos parlamentarios de menor a mayor, consumiendo cada uno, aunque seremos flexibles, un máximo inicial de cinco minutos.

Tiene la palabra doña Raquel Blanco.

La señora **BLANCO DEL BARRIO (ASESORA JURÍDICA DE LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (FEAFES))**: Ante todo doy las gracias a esta Comisión y al grupo proponente por haberme invitado con el fin de informar a ustedes sobre mi visión y la visión de Feafes, la organización a la que presto asesoramiento jurídico. También manifiesto expresamente en nombre de Feafes nuestro reconocimiento por la sesión plenaria del día 5 de octubre de 2004, en la que todos los diputados aprobaron por unanimidad en el Congreso debatir esta propuesta, y en particular a aquellos intervinientes de los grupos parlamentarios, ya que todos ellos reconocieron una absoluta sensibilidad y un absoluto conocimiento de lo que es la enfermedad mental, y no es frecuente encontrar esa sensibilidad ni ese conocimiento fuera del ámbito de la salud mental.

Como tengo muy poco tiempo y hablo muchísimo, me van a disculpar porque voy a ser muy breve y voy a dar información casi telegráfica sobre la introducción y sobre los guiones; no me voy a detener tampoco en motivos sociales ni en llanto porque soy jurista y creo que hay otros temas interesantes que debatir.

En principio, yo vengo a defender la propuesta, entre otras cosas, porque soy la coordinadora del comité jurídico que dio a luz esta propuesta en el texto, tal cual está propuesto en el Congreso de los Diputados. Feafes constituyó este grupo de trabajo hace tres años y en él intentábamos reunirnos todos los letrados, somos siete en toda España, que nos dedicamos a materia específica de salud mental; incorporamos fiscales de nueve comunidades autónomas; incorporamos tres jefes de

salud mental de tres comunidades autónomas distintas, Madrid, Aragón y País Vasco; incorporamos magistrados que debatían este tema e incorporamos psiquiatras y médicos forenses. De ese grupo de trabajo salió, después de dos años y medio aproximadamente, esta propuesta. De verdad que les admiro porque sacar estas cinco líneas del texto fue hartó difícil. En cualquier caso, esta propuesta no es una varita mágica que hayamos sacado de una chistera, sino que es la evolución de toda la legislación y de todo el desarrollo del ordenamiento jurídico no solamente en España sino también en Europa, por no decir en los países desarrollados en todo el mundo. En principio, es la consecuencia lógica de toda esa evolución y, en segundo lugar, es la necesidad imperiosa de cubrir la laguna normativa que algunos de ustedes ya manifestaron en aquella sesión plenaria del 5 de octubre.

En materia de salud mental tenemos que partir con varias premisas muy evidentes y muy claras, y voy a ser telegráfica. En principio la enfermedad mental no tiene cura. Ningún trastorno de enfermedad mental tiene cura hoy en día. El tratamiento farmacológico y terapéutico tan solo modifica los síntomas y limita los efectos de la enfermedad mental. En segundo lugar, no afecta igual a todas las personas. Puede haber dos personas diagnosticadas de lo mismo, por ejemplo, una esquizofrenia, y una persona poder trabajar y desarrollar una vida familiar, incluso casarse y tener hijos, y otra, con el mismo diagnóstico de esquizofrenia, está encerrada en su cuarto abandonada y aislada de todo el mundo y así se puede tirar durante dos o tres años, ambas insisto, con el mismo diagnóstico. Otra premisa que quiero dejar muy clara es que no existen los mismos medios —es una panacea— en todos los lugares de España, ni los mismos recursos sociosanitarios, ni tampoco los mismos medios ni recursos judiciales para aplicar las medidas cuando son efectivas, porque no existen juzgados especializados en toda España y en algunos, como ustedes saben, reparten funciones civiles y penales.

Por otro lado, pese a lo que nosotros podamos argumentar respecto a que exigimos los mismos derechos que el resto de las enfermedades o que el resto de las patologías, es cierto en lo que se refiere a medicina general y a otro tipo de patología. Un enfermo mental puede tener una cardiopatía o enfermedad de diabetes o enfermar del hígado, pero no es cierto que la enfermedad mental sea exactamente igual a otras. Y no es cierto por algo muy evidente: un diabético irá normalmente al endocrino para llevar un tratamiento contra el azúcar, pero a una persona con enfermedad mental, con un cerebro enfermo, le tenemos que exigir que se reconozca a sí mismo que está enfermo. La falta de conciencia de enfermedad es hoy en día el grave problema de la enfermedad, y desde luego la falta de conciencia de enfermedad y la falta de asunción de la responsabilidad que conlleva cuidar de uno mismo es el gran handicap de la enfermedad. Yo siempre digo que cuando tenemos

una persona con enfermedad mental, tenemos dos guerras abiertas: primero, luchar contra la enfermedad y, en segundo lugar —y no hay que minimizarlo—, luchar contra la voluntad del enfermo, una voluntad inteligente y adulta, aunque no sepa tomar decisiones en su propio beneficio en algunos casos.

La enfermedad mental —y es otro punto que quiero destacar— efectivamente limita muchísimo la calidad de vida. Tener alucinaciones audiovisuales, oír voces, oír conversaciones y tener visiones afecta gravemente a la libertad de la persona. Cuando los familiares decimos que lo que queremos es dotar de calidad de vida a las personas, no es dotarles de felicidad, no es estar nosotros más tranquilos porque ellos estén medicados, es poderles proporcionar salir de esas barreras que implican todas las limitaciones audiovisuales y toda su sintomatología y, una vez que conseguimos sacarles de esa situación, dotarles de la oportunidad y de la mínima libertad para formular su propio proyecto de vida. Eso es lo que defendemos como calidad de vida y no otra cosa.

Por otro lado, la enfermedad mental no es igual al resto de las enfermedades. Luego, en el debate, espero poder comentar la información que la AEN, la Asociación Española de Neuropsiquiatría, ha traído, así como los comentarios de Santos Urbaneja; les conozco a todos porque con todos he compartido mesas sobre este tema. En cualquier caso, no podemos decir que la enfermedad mental en nuestro ordenamiento jurídico no necesita principios reguladores específicos porque, desde el derecho romano, nuestros principios constitucionales se basan en el máximo respeto de los derechos y de la igualdad de las personas, sabiéndonos algunos desiguales. Pero es que en cuestión de trastorno psiquiátrico y de alteración psiquiátrica hay menciones específicas en el artículo 56 del Código Civil en materia de matrimonio, en el derecho de hacer testamento, en la imputabilidad, en el derecho de verse alterado; es decir, nuestro ordenamiento jurídico, tanto el civil como el penal, están llenos de menciones específicas a las conductas y a la protección de los derechos, como es el caso del matrimonio y de hacer testamento, de personas que tengan alterada su conducta por razones psiquiátricas. Por lo tanto, no podemos ser ajenos a que existen regulaciones específicas en campos concretos.

Yo decía que esta medida no nos la hemos sacado de la chistera sino que era cubrir una laguna normativa, pero también es el desarrollo y la evolución de lo que ha sido el concepto de salud mental en el siglo xx. El desarrollo de nuevos psicofármacos que realmente tienen bastantes menos efectos secundarios y limitan mucho menos a la persona, la evolución de lo que se entiende por movimientos de derechos humanos y el concepto de la Organización Mundial de la Salud sobre lo que es la salud han hecho variar en muchos casos nuestra concepción de lo que es la salud mental. La Organización Mundial de la Salud, desde el año 1990, define la salud no como una ausencia de enfermedad,

sino como un estado de bienestar físico y mental, y efectivamente, como todos sabemos, los poderes públicos deberán velar por que eso sea así. Digo que esta evolución se ha producido desde el año 1950 hasta ahora, pero les podría decir que esto ya estaba previsto en la Resolución 46/119 de Naciones Unidas y, en concreto, en el principio 9 de la Declaración de Naciones Unidas sobre protección de salud mental. Tanto en el artículo 9 como en el artículo 6 de esa declaración se habla de la necesidad de tratar a las personas que padezcan alteraciones psiquiátricas de la manera menos restrictiva, y no se habla solamente de situaciones de internamiento hospitalario; también lo dice así, en el año 1991, el manifiesto regional europeo de la Federación de Salud Mental; lo dice la declaración mundial de la Asamblea General de Psiquiatría de 25 de agosto de 1996; lo dice la declaración de Hawaii, aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría de Viena de 1983, y lo menciona el convenio de Oviedo, que, aunque es del año 1977, fue ratificado en España en 1999 y entró en vigor en el año 2000. El convenio de Oviedo, de bioética y medicina, que lleva en vigor cinco años en nuestro país, habla en el artículo 7 de la necesidad de intervención. Si el convenio de Oviedo hubiera pretendido hablar solamente de internamiento o de ingreso, lo hubiera hecho, pero habla de intervención.

Por último, me es grato poder decir que nuestra propuesta de texto efectivamente fue anterior al verano, porque solo tienen ustedes que coger la Resolución 10/2004 del Consejo de Ministros de 22 de septiembre del año pasado, una recomendación que es exclusiva de salud mental, para ver cómo dedica todo el capítulo III a las intervenciones hospitalarias involuntarias y artículos específicos al tratamiento involuntario de carácter ambulatorio. Además, en relación con esta resolución —que espero poder comentar en un par de minutos al final de la exposición— verán ustedes cómo en el texto que Feafes propone y que ha apoyado el Cermi se regulan y se garantizan todos los derechos.

¿Qué existe en nuestro derecho actualmente? Para aquellas personas que ven gravemente alterada su vida por una enfermedad y no tienen conciencia de ello, existe únicamente la posibilidad de ser internados y, si no, de ser declarados incapaces civiles. Se produce una situación de entrada y salida de los hospitales, lo que llamamos de puerta giratoria. El enfermo entra con un auto autorizando su ingreso por una orden médica y dentro del hospital se le impone un tratamiento. Quince o veinte días después saldrá, porque la privación de su derecho fundamental a la libertad y a la integridad física y psicológica sólo puede ser limitado al tiempo justo y restrictivo que sea necesario, y abandonará la medicación. Tres meses después tendremos un nuevo ingreso involuntario, pese a quien pese, y créanme que no es poco coercitivo. Cuando se ha llamado al médico porque un señor ha tenido un brote, y cuando éste está sentado en el sofá, porque los brotes pasan, de repente

irrumpan en su casa dos celadores, un médico y dos miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, se lo lleven y le metan en una ambulancia, es una medida coercitiva suficiente como para intentar evitarla al máximo y en la medida que sea posible para que deje de producirse esa situación de puerta giratoria.

Muchas familias llegan a la situación de incapacitar civilmente a su hijo, a su hermano o a su padre enfermo con la vaga esperanza de que se le pueda imponer una medicación. A mí, en los juzgados de Madrid (claro que eso es sólo en los juzgados especializados, que lo sepan ustedes), me dictan curatelas en materia de salud. Sólo queda incapacitado, en su capacidad de obrar, para curatelas en materia de salud, donde el curador tiene que contar con la avenencia del incapaz para dirigir su propia salud. Y también se dictan incapacidades totales en materia de salud. ¿Con qué objetivo único? Que el tutor o el curador, ante la ausencia de tratamiento, pueda acudir al juez y, solicitando el auxilio judicial, pueda imponerle un tratamiento ambulatorio. Así que no me digan, cuando hablo con psiquiatras y con especialistas, que esto no se ha aplicado. Esto se aplica, desde hace muchos años, a través del artículo 158 del Código Civil, en la analogía de la protección de los menores; se aplica en el 762, como medida cautelar dentro de un procedimiento de incapacitación, y les puedo asegurar que se ha aplicado ya como medida del 763, sin existir el 763, en base a la legislación europea, en Huelva, en San Sebastián, en Madrid, en Alicante y en Barcelona, aunque en Barcelona el magistrado del 59 no lo pone en una resolución escrita sino que lo hace por la vía de hecho. Va a venir Álvaro Iruin, del País Vasco, va a venir Remé y Soriano, de la Fiscalía de Barcelona, y van a traer documentación relativa a cómo se están haciendo esos seguimientos. Esta no es una medida generalista, el Juzgado 65 de Madrid la ha aplicado en ocho casos el año pasado. No estamos hablando de una media de 2.800 expedientes de internamiento, sólo lo ha aplicado en ocho casos, pero son ocho sujetos que siguen yendo de forma voluntaria y por su propio pie al centro de salud a visitar al médico. Y eso es lo que se pretende con esta medida, no es ninguna otra cosa.

Respecto a la Ley de Autonomía del Paciente, que tanto la AEN como otros psiquiatras dicen que les resulta suficiente, tengo que decir que es una norma que se aprobó para garantizar y proteger, digamos, las prescripciones médicas y, de alguna manera, regular el trato paciente-médico. El artículo 9 de la Ley de Autonomía del Paciente señala que cabe suplir el consentimiento de un enfermo por representación, en los casos de menores de edad y de incapacitados, y suplir la falta de consentimiento del paciente por sustitución de sus familiares y allegados. Y sobre esa base, la AEN, por ejemplo, considera que es más que suficiente y se debería suprimir el 763. Son los médicos los que aplican los tratamientos y los que los prescriben. La situación es que a ningún médico, y esta ley lleva aprobada dos años

y medio, desde el año 2002, se le ha ocurrido pensar que si un padre lleva a su hijo mayor de edad de urgencias a un hospital psiquiátrico o a una unidad de agudos de un hospital, por razón de una urgencia o un brote, ese padre, al amparo del artículo 9 de la Ley de Autonomía del Paciente, podía sustituir el consentimiento o la falta de consentimiento de su hijo, sencillamente porque vivimos en un Estado de derecho. El Estado de derecho conlleva que cuando a ese chico, aunque sea mayor de edad, se le afectan sus derechos fundamentales se necesita una resolución judicial motivada que sea proporcional, que sea eficaz, que sea idónea, que sea revisable, que tenga derecho de oposición y de recurso, que además sea temporal en el tiempo y lo menos restrictiva posible. Porque nuestro sistema jurídico, también el europeo, y a través de la doctrina elevada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, se basa en la situación garantista de que cuando se ven afectados derechos fundamentales no vale que un sujeto, padre o madre, por mucho que lo diga el artículo 9 de la Ley de Autonomía del Paciente, pueda sustituir ni suplir la voluntad ni el consentimiento del propio paciente. Esa es una aberración jurídica según nuestro ordenamiento jurídico y sería poner boca abajo todo nuestro sistema garantista de derechos, en cuyo caso cada vez que se produce un internamiento, cada vez que a un señor se le tiene que dar un tratamiento, necesaria y obligatoriamente necesitaremos una prescripción médica, porque no puede ser de otra manera, y un expediente judicial que vele y garantice que a ese sujeto afectado no se le estén vulnerando sus derechos fundamentales. Para eso es la intervención judicial y ninguna otra. Sobre la base de la autonomía del paciente y la situación garantista de nuestros derechos fundamentales, es necesario e imprescindible que haya una intervención judicial.

Quiero explicar que la propuesta que hacemos y la que se hace desde Feafes —y Feafes aglutina 35.000 familias en España afectadas por enfermedad mental— no es la solución de la salud mental. Ojalá la solución de la salud mental y de la problemática de las personas con enfermedad mental estuviera en cinco renglones. Nunca ha querido esta organización presentarlo como la solución. Es una medida más. Es un instrumento en manos de los médicos para que lo apliquen según su criterio, según los medios técnicos con los que cuenten a su alcance, y que para velar por los derechos fundamentales de la persona que va a ser sometida a este tratamiento deba haber una intervención judicial. Nunca ha pretendido ser la solución. Nunca ha pretendido ser otra cosa que cubrir una laguna normativa, una necesidad social que requiere un refrendo legal en una norma para que haya médicos que la conozcan y jueces que estén dispuestos a aceptarla fuera de los voluntarismos de los jueces especializados. Es un instrumento, y estamos abiertos a cualquier debate sobre planes integrales de salud mental, sobre la intención de recomponer todos los medios técnicos sociosanitarios y judiciales adecuados para que esto tenga mayor cobertura,

pero la propuesta que hemos traído al Congreso de los Diputados es un instrumento más. Nunca ha querido ser la solución porque la solución de la enfermedad mental no pasa por modificar tres artículos de ninguna ley. Son razones terapéuticas. Cuando decía que nosotros habíamos sacado este artículo anteriormente a la recomendación del Consejo de Ministros de Europa de septiembre, lo decía con todo el orgullo de saber que el texto que finalmente pulimos entre todos se acomoda íntegramente a la resolución que el Consejo de Ministros de Europa ha sacado seis meses después. En esta resolución, que está única y exclusivamente dedicada a salud mental, hay un capítulo tercero en el que se señalan las condiciones en que deben ser aplicados los tratamientos involuntarios y separa en el artículo 17 lo que son los tratamientos involuntarios hospitalarios y separa y trata en el artículo 18 otros tratamientos involuntarios, pero siempre en salud mental. Recomienda, además, lógicamente a todos los Estados miembros su adopción y, entre otros principios que se pueden regular —se lo voy a leer porque es muy breve—, dice el artículo 12 de esta recomendación. Principios generales del tratamiento de trastorno mental: Las personas con trastorno mental deberían recibir tratamiento y cuidado proporcionados por profesionales adecuadamente cualificados y basados en un plan de tratamiento apropiado prescrito individualmente. Siempre que sea posible el plan de tratamiento, debería ser preparado en consulta con la persona afectada y su opinión debería ser tenida en cuenta. El plan debería ser revisado regularmente y, si es necesario, corregido. Conlleva, como todos sabemos, los principios de eficacia, de idoneidad, de proporción al fin que se persigue, de motivación y fundamentación jurídica de esa resolución, la intervención de una autoridad independiente que ya refería el convenio de Oviedo, para garantizar que no sea una prescripción médica basada en unos criterios egoístas o ajenos a lo que es la profesión médica. Efectivamente, se habla de un plan de tratamiento con audiencia del propio interesado, como nuestro texto regula, con intervención del ministerio fiscal porque sería una doble garantía de nuestro procedimiento, y así lo es en todos los procesos civiles de familia donde intervienen menores e incapaces y donde, a prescripción del médico, el juez lo puede autorizar. Conlleva la posibilidad de comparecer el afectado en su propia defensa, conlleva la posibilidad de oponerse, conlleva la posibilidad del recurso, conlleva la posibilidad de mantenerse activo en esa situación en la que se le pretende poner y, por último, se rige bajo el principio de la revisión, tendrá que ser revisada, y el principio de la temporalidad.

Al debatir el plazo de los 18 meses, había un sector que decía que era innecesario limitar temporalmente esta situación, porque la evolución de los informes sería suficiente. Sin embargo, los más garantistas dijeron que había que poner un límite, porque si en un plazo superior a 18 meses, que consideramos ajustado sobre la base de lo que nos decían los médicos, no con-

seguimos que ya siga el paciente solo por la inercia yendo al médico, estaremos hablando de un claro caso de necesidad de incapacitar a ese sujeto en materia de su salud. No obstante, démosle la oportunidad de que vaya al médico y lo haga. En último caso, insisto en que todo lo que he dicho está previsto en los artículos 12, 17, 18 y 19 y en la exposición de motivos de esta recomendación europea de septiembre de 2004, y quiero destacar que no pretendemos un tratamiento forzado, pretendemos un tratamiento involuntario. Les pongo un ejemplo. La jueza doña Aurora Elósegui, jueza decana de San Sebastián, ha aplicado esta medida basada en la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, basada en el convenio de Oviedo y basada en nuestra Constitución, y considera que con esos argumentos también lo ha hecho una magistrada de Madrid en varias ocasiones. Podían motivar un auto razonado aplicando esta medida sin necesidad de estar en un procedimiento de incapacidad, sin necesidad de estar en el 762 de medidas cautelares. De los 34 casos que ha aplicado en el último año, tan solo en un caso y en una ocasión de ese caso se ha necesitado un traslado forzoso. Todo lo demás se hace a través de un tratamiento involuntario, que no forzado. Carece de sentido pensar que a un sujeto se le va a llevar a la fuerza con medios de ambulancia y de policía cada 15 días a visitar al psiquiatra al centro de salud. No se trata de eso, pero todas las personas que no tienen conciencia de enfermedad sienten la coerción del sistema cuando les ha hecho algún ingreso involuntario, que por desgracia seguramente ha sido necesario, no se sienten voluntarios. Se sienten víctimas de la coerción de un sistema. No pretendemos coartar a nadie. Lo que se pretende es hacerle acudir con todas las garantías cuando se sabe que un médico lo ha prescrito en el informe de alta del hospital. En este sentido me podrán decir: ¿y cómo? Yo también soy familiar, y la enfermedad es el ama del castillo en las casas —y no hablo del enfermo, sino de la enfermedad que padece la persona—, es la dueña del castillo en los hogares. En los hogares no se tienen la autoridad ni las posibilidades de agarrar a un tío de 35 años, con 105 kilos de peso y decirle: y ahora bajas conmigo al médico porque me ha dicho el médico que no viene a verte, que hagas el favor de bajar conmigo porque, si no, el médico no te puede cambiar la medicación que llevas tomando desde hace cuatro años sin revisión ninguna. O simplemente: vente conmigo, que llevas dos años encerrado en una casa, que solo te has pasado por la ducha cinco veces en dos años —porque estoy hablando de esos casos, no de otros— y vamos al médico. ¿Cómo se hace eso?

La intervención de una autorización judicial, de una autoridad que socialmente se considera que lo puede todo, es muchas veces necesaria y suficiente para salvar la responsabilidad última de esos padres que no pueden llevar a su hijo y también para salvaguardar al médico que le va a aplicar el tratamiento, que va a decir: esto es una orden judicial; cuando sabemos que ha sido su

prescripción, para no interrumpir lo que ellos llaman su alianza terapéutica.

Esto es lo que se pretende, no se pretende en absoluto un tratamiento forzado, sino un tratamiento involuntario, y sabemos que habrá pacientes a los que no se les podrá aplicar en ningún caso el tratamiento porque lo manifestarán y harán actos positivos para no acudir. En estos casos esta medida habrá fracasado. Ese es un criterio médico, una decisión médica, un instrumento en manos de los médicos, que considerarán que eso es así.

El señor **PRESIDENTE**: Damos la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario Vasco, a la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Muchas gracias, señora Blanco, por su intervención. Le hago de antemano una manifestación por si le parece que alguna de mis preguntas puede suponer obstáculo a la regulación: todas las formaciones políticas de esta Cámara estuvimos por que se produjera la regulación; yo, como vasca que soy y perteneciente a la formación política que tiene responsabilidades de sanidad en Euskadi, conozco la labor de Aurora Elósegui como magistrada y la que Álvaro Iruin, jefe de los servicios de psiquiatría de Osakidetza, viene realizando. El grupo mayoritario y yo pedimos su comparecencia y a la tarde oiremos sus observaciones. Lo que nos guiaba a todas las formaciones políticas a la hora de solicitar comparecencias antes de proceder a una regulación fue la idea de acertar y el dato de que recibíamos quejas de sectores que no parecían tan proclives o tan partidarios de que esta regulación se produjese. Yo fui ponente de la Ley de Enjuiciamiento Civil y no creo pecar de fatua si le digo que la redacción que tiene el artículo 763 fue fruto de la intervención de mi propia formación política, puesto que justo en el momento en que estábamos tramitando la norma se produjo una sentencia del Tribunal Constitucional, vía amparo, en la que se aludía a si era constitucional o no la adición del artículo 112 —creo recordar— del Código Civil y nos permitió que del tenor de esa sentencia se me encomendase la redacción en los términos que quedó. Debo decirle sinceramente que entonces solo barajamos la posibilidad de regulación con internamiento. Con posterioridad, la mejor atención a las enfermedades psiquiátricas o la mejor calidad de la asistencia sanitaria han ido propiciando que se haya abierto camino esta necesidad que nosotros vimos con simpatía. Por eso digo que la utilidad y la conveniencia nos parecen evidentes. Pero también somos sensibles a quienes manifiestan las voluntades de agrupaciones de pacientes que dicen que, si yo no quiero, por qué, es decir, en qué medida podía quedar salvaguardado el respeto a la autonomía del paciente en los términos que establece la propia ley de autonomía del paciente pero también en la manifestación expresa de numerosas asociaciones que nos lo piden. Se había

barajado —y lo habíamos hablado alguno de los ponentes— si no sería conveniente —y le hago la pregunta— la indicación de patologías, quizá no para todas, sino para aquellas en las que exista un interés público o social mayor respecto de la situación concreta de las personas, de forma que la intervención en la voluntad del paciente en determinados casos no fuese tan notoria, aunque sé que hacer catálogos puede ser excesivamente peligroso en otros casos, puesto que los diagnósticos cambian con el tiempo y todos conocemos que la Ley de Enjuiciamiento Civil no se cambia todos los días.

Otra pregunta es si usted, que trabaja en esta área y la conoce suficientemente, cree que en general en el mundo de la judicatura está suficientemente abierta la decisión del Poder Judicial de creer que ellos tienen algo que ver con esta cuestión. Cómo ve el ambiente en quienes van a tener que poner en práctica esta ley, si no va a haber inercias muy en contra. Una cuestión que me preocupa es si en los supuestos que usted ha mencionado en los que se viene concediendo la posibilidad de los tratamientos amparándose en normativa europea ha habido recursos posteriores y si ha habido casos en los que ha sido revocada una autorización de este estilo para un tratamiento ambulatorio. Nos ha indicado el número de casos que se han producido y me gustaría saber si luego hay quien recurre y en algunos casos si ha habido aceptaciones de los recursos.

Una última cuestión que sale en muchas de las intervenciones es la dotación de los servicios sanitarios y la importancia que en cada uno de los sitios se dé a los servicios de atención de salud mental. A nuestra formación política, que usted conoce que es nacionalista, le parece perfecto que no se haga mención a ello en el texto de la norma, puesto que serán los servicios sanitarios, es decir, la normativa propia de cada una de las comunidades autónomas, los que tengan que decidir qué es lo que dedican a estas cuestiones y a quienes les corresponda normar la cobertura, bastante insuficiente, de sus servicios mentales, pero como será tema que saldrá también me gustaría hacerle una pregunta a este respecto.

Insisto, creo que la voluntad de todas las formaciones políticas cuando decidimos efectuar estas comparecencias era terminar regulando, pero de una forma que resulte eficaz y acorde a lo que pretendemos, sin crear mayores problemas de los que en este momento puedan existir, porque estamos convencidos de su utilidad y de su conveniencia.

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

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Muchas gracias, señora Blanco, por su presencia. Quizás yo tendría que empezar diciendo que debería estar en su sitio como profesional y no en el otro lado de la barrera. Quiero recalcar que gran parte de su intervención es correcta

en la percepción de los familiares sobre el hecho de tener al dueño del castillo en casa. Las situaciones dramáticas que se producen por tener a un paciente mental con madres, padres o hermanos encerrándose con llave dentro de las casas para no ser violentados por un paciente que se niega a recibir la atención adecuada tienen la carga de dramatismo que obliga a este Parlamento a intentar regular de alguna manera la continuidad terapéutica, aunque sea con carácter involuntario.

La AEN plantea una serie de oposiciones a la regulación, no solamente en base a que la ley de autonomía del paciente ya recoge el tratamiento involuntario de los pacientes, sino también con una serie de condicionantes que son los que me gustaría que la compareciente respondiera. Primero, si considera que los síntomas básicos que presenta un enfermo psicótico, como pueden ser de realización, alucinaciones o delirio, hacen que el paciente sea libre para decidir. Por otro lado, si la justificación de que no existe el desarrollo de los dispositivos sanitarios contemplados en la Ley General de Sanidad con relación a la salud mental justifica por sí sola la oposición de la Asociación Española de Neuropsiquiatría a la reforma o a la adición de este punto del tratamiento involuntario, incluso con carácter ambulatorio. Por otra parte, si el que un paciente mental siga un tratamiento ambulatorio de carácter involuntario podría suponer una estigmatización de ese paciente, que es otro de los argumentos que la Asociación Española de Neuropsiquiatría esgrime en su informe con relación a la modificación de esta norma.

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

La señora **GRANDE PESQUERO**: Señora Blanco, sea bienvenida. Quiero darle las gracias no solamente por estar hoy aquí, sino por el trabajo que su asociación, todos los miembros, esas 35.000 familias a las que usted se ha referido que forman parte de Feafes, hacen todos los días. Es de agradecer.

Estamos en estas comparecencias porque todos los grupos coincidimos en el Pleno del mes de octubre en que en el tratamiento de los pacientes que tienen una enfermedad mental hay unas grandes lagunas, y casi todos consideramos que es una asignatura pendiente que las instituciones públicas en nuestro país no han resuelto del todo. Todos dijimos que había que estudiar este tema con tranquilidad, en profundidad, y esa es la razón por la que hoy estamos aquí. Pero cada vez que nos metemos más a estudiar la vida diaria de los pacientes, de los enfermos mentales y el ambiente que les rodea, no solamente la familia, sino algunos trabajan, están casados, tienen familia, son miembros de la sociedad, son iguales, aunque como usted bien ha dicho algunos son desiguales, nos surgen unas cuantas dudas, algunas de las cuales le quiero poner de manifiesto a través de las preguntas que le voy a hacer.

En primer lugar, le preguntaría si a usted le parece insuficiente la legislación vigente —a algo se ha referido en su intervención inicial—, en concreto la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, en el artículo 9.2, apartado b); el artículo 11 de instrucciones previas; la Ley de Enjuiciamiento Civil como está ahora, en el artículo 763. S.S. se ha referido a que se está aplicando ya este tratamiento involuntario que ha explicado, que es por razones terapéuticas, que no es un tratamiento forzado sino involuntario, que se está aplicando en algunos juzgados de nuestro país y se ha referido a San Sebastián y a Madrid. Me gustaría saber si alguien ha recurrido esas decisiones judiciales y en base a qué. Se tendría que estar aplicando en base a la ley vigente.

Segundo, en su opinión, ¿cuántas situaciones y de qué tipo serían objeto de aplicación de la norma que se propone? ¿De qué tipo de enfermos estamos hablando, cuáles y qué porcentaje de pacientes con enfermedad mental, como a mí me gusta referirme más, hay?

Por lo que yo he leído de lo que ustedes han publicado cito casi textualmente, Feafes considera de suma importancia que se regulen los tratamientos ambulatorios no voluntarios para determinados tipos de personas con enfermedad mental, mayoritariamente psicosis (es un poco a continuación de la pregunta que le he hecho anteriormente), siempre con carácter individualista y a propuesta del médico. No tiene en ningún caso vocación de generalización ni de expansión. La pregunta es: ¿Creen ustedes que es necesaria una reforma de una ley de carácter general, de la Ley de Enjuiciamiento Civil, para un segmento de población tan específico? En su opinión, ¿es bueno legislar específicamente para una parte de los enfermos mentales? ¿No significa eso algo a lo que los pacientes se han negado siempre porque judicializa y estigmatiza todavía más de lo que ya se consideran por el mero hecho de ser enfermos mentales?

Otra pregunta que el interviniente anterior ha comentado, sería la siguiente. En las condiciones en que se encuentra un enfermo mental, que necesita de la tutela judicial para que se tome la medicación, para que siga un tratamiento, ¿cree usted que el trámite de audiencia al interesado sería efectiva, y en ese trámite de audiencia los derechos fundamentales del enfermo quedarían garantizados? ¿Cómo cree usted que deberían ser los mecanismos de control al cumplimiento del tratamiento obligatorio en ambulatorio a los que se refiere la propuesta? ¿Dónde se realizaría el tratamiento? ¿Qué pasa si al paciente se le cita y no quiere venir? ¿Si se opone a someterse? ¿Quién lo trae? ¿Qué recursos y dispositivos serían necesarios para el cumplimiento de esta norma? ¿Consideran ustedes que serían medidas coercitivas? Hago estas preguntas por la filosofía de la reforma sanitaria en materia de salud mental llevada a cabo en nuestro país, que va en contra de cualquier medida que pueda sospechar la coerción. Supongamos que se aprueba esta medida. ¿Creen ustedes que la obligación al tratamiento farmacológico, que es de lo que

se trata esta reforma, soluciona el problema de los enfermos cuando parece actualmente que el tratamiento que puede dar mejores resultados es el integral, es decir, el farmacológico, sumado a la psicoterapia y a la reinserción social del paciente?

Una última reflexión: ¿No le parecería más lógico proponer medidas para modificar y complementar la legislación sanitaria en desarrollo de lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad, que en algunas comunidades autónomas tiene bastantes carencias, que permitiera crear los recursos sociosanitarios o sanitarios necesarios? Parece sorprendente que para la resolución de un problema sanitario, que desde luego existe, no lo negamos, la solución viniera exclusivamente de la mano de un cambio legislativo, de una ley general, la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Esas serían las preguntas por parte de mi grupo.

El señor **PRESIDENTE**: Le vamos a dar la palabra, en representación del Grupo de Convergència i Unió, al señor Jané.

El señor **JANÉ I GUASCH**: Señorías, en primer lugar, deseo agradecer la comparecencia de la señora Blanco ante esta Comisión de Justicia del Congreso de los Diputados, especialmente su labor como asesora jurídica de Feafes, pero también su experiencia en este ámbito que afecta directamente a esta proposición de ley. Por razones climatológicas en el aeropuerto de Barcelona no he podido intervenir antes cuando me tocaba y, por tanto, agradezco también tanto al presidente como al resto de los grupos la deferencia al dejarme intervenir. Seré muy breve.

Feafes fue quien promovió esta iniciativa legislativa a través de un comunicado enviado también por el Cermi a todos los grupos de esta Cámara. El Grupo de Convergència i Unió lo trasladó como proposición de ley, fue tomada en consideración y se aceptó por unanimidad, pero una vez aceptada la toma en consideración es cierto que ha abierto un debate. Ya se abrió en la propia sesión plenaria del 5 de octubre cuando se tomó en consideración la proposición de ley, de ahí que hayamos abierto un plazo para comparecencias.

Le quería preguntar a la señora Blanco, aparte de agradecerle su labor de impulso en este ámbito legislativo, a través de Feafes y del propio Cermi, ¿cuál es la discusión interna que han tenido sobre la repercusión que va a tener esta reforma legislativa? Es cierto que hay voces muy críticas que vendrán a esta Comisión sobre lo que esta reforma legislativa puede suponer. Le pido su valoración desde la organización que representa. ¿Qué contraste ha habido con quienes se muestran críticos sobre esta reforma legislativa, y cuáles son los pros y contras que tras ese debate puede hoy aportarnos ante esta Comisión?

He sido breve y agradezco una vez más a Feafes toda su labor, al Cermi en su conjunto. No sé si el señor Cayo va a poder comparecer porque también es víctima

de estas inclemencias aeroportuarias hoy. En todo caso muchas gracias por su comparecencia y por su labor en este ámbito.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Blanco

La señora **ASESORA JURÍDICA DE LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (FEAFES)** (Blanco del Barrio): Como no tengo costumbre de comparecer en comisiones no sé si podré responder a los grupos parlamentarios o iré enlazando unas cosas con otras y de esa manera intentar responder a todos.

Asociaciones de usuarios. Retomando lo que decía el señor Jané, voy a ir relacionando los asuntos e intentaré ser breve. Una de las críticas más grandes que ha tenido Feafes ha sido de una asociación de usuarios que es miembro de Feafes, y vendrá aquí Albert Ferrer a exponer la situación. Lo decimos conscientemente, porque no queremos que toda la gente esté de acuerdo con esta medida. Cuando Albert y yo nos sentamos ante una mesa —hemos estado en Barcelona en dos ocasiones, así como en otros sitios debatiendo este asunto— en el fondo estamos de acuerdo. Lo que no quieren ellos es que la medida esté en la ley como una norma legislativa. Les puedo decir que Aesmi, que es la Asociación de enfermos mentales y usuarios de Badajoz, está absolutamente a favor de esta medida; también les puedo decir que una asociación de usuarios de Bilbao está a favor de esta medida. Esto se lo documentaremos y se lo traeremos. Quiero decir que esto no es compartido ni por todos los juristas ni por todos los psiquiatras, y aquí ha salido la Asociación Española de Neuropsiquiatría que ha hecho una crítica feroz —todo hay que decirlo— a la propuesta de Feafes; pero la sociedad de psiquiatría legal y la sociedad de psiquiatría biológica están a favor y han publicado un manifiesto a favor de esta medida, y son médicos psiquiatras también de centros de salud mental. Efectivamente es difícil mantener a todo el mundo en la situación de: todos estamos de acuerdo, todos vamos a uno; todos tenemos un objetivo final, que es proteger a las personas con enfermedad mental. Tanto la AEN como el señor Santos Urbaneja —que en unas ponencias del Consejo General del Poder Judicial también nos hizo una crítica feroz y vino a decir que nos podíamos dedicar a otras cuestiones más importantes— dicen que esta no es la solución. Nosotros nunca hemos pretendido abrir debate nacional sobre cuál es la solución de la salud mental. Llevamos seis años a la cola esperando sacar nuestro plan integral de salud mental, que la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados hace dos años decidió asumir.

Yo no quiero llegar a la utopía, nuestra pretensión es cubrir una laguna normativa. Algunos de ustedes me preguntaban si era necesaria esta reforma, que a cuántos sujetos individualmente —decía la señora Gran-

de— podría afectar si efectivamente se hiciera y si era conveniente o no, si es un núcleo reducido de población, hacer una norma específica. Yo me pregunto, ¿cuándo ustedes hicieron el artículo 211, en el año 1983, del Código Civil, actual 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, se plantearon el número de internamientos con expedientes judiciales que iban a tener que hacer o simplemente vieron que era una necesidad y la legislaron? Cuando han reformado el artículo 763, metiéndolo en la ley procesal que correspondía, la Ley de Enjuiciamiento Civil, ¿se han planteado el número de expedientes? Cuando han regulado la materia de incapacitación legal, ¿han previsto o han valorado el número de personas cuya capacidad de obrar debería quedar protegida? No lo han hecho, perdónenme; han observado la ausencia de una medida y la necesidad de constituirla y es la misma ausencia y la misma necesidad que hay de regular esta laguna normativa de tratamiento ambulatorio, como un instrumento más en manos de los médicos que lo utilizarán según su criterio, igual que utilizan el internamiento. ¿A cuánta gente va a ir destinada? Con la Ley Kendra en el año 1999 en el Estado de Nueva York se presumía que iba a haber un aluvión de llamadas, de citaciones, de expedientes para tratamientos ambulatorios; se hablaba de 7.000 casos en un año en el Estado de Nueva York. Seis meses después de entrar en vigor la medida solo había habido 200 solicitudes y no todas ellas fueran admitidas a trámite; solamente 200 solicitudes. Pero es que a ustedes y a mí nos debiera bastar con que esto se pudiera aplicar 30 veces en un año, porque serían 30 personas que libres de su sintomatología, como decía usted, efectivamente podrían formular su propio proyecto de vida.

Señora Grande, me ha ofendido que dijera que nosotros solo pretendemos tratamiento farmacológico. En absoluto, en la ley solo hablamos de un plan de tratamiento y lo hacemos porque un plan de tratamiento es mucho más; en un primer momento puede ser solo farmacología para paliar unos síntomas de alucinación, pero puede ser un plan integrador para reconducir a ese sujeto dentro de un sistema sociosanitario que le puede brindar CRPS, CRL; en definitiva, todas las situaciones de recursos que la sociedad tiene a su alcance. Se dice también: ¿cómo vamos a poder sacar adelante esta medida si no se dan todos los recursos sociosanitarios? Discúlpennos el ejemplo tan simplista. Si todas las aceras de nuestro país hubieran tenido rampas de acceso, me pregunto dónde estaría buena parte de la Ley de accesibilidad o de las normas urbanísticas. Se genera la necesidad social y ésta exige una norma, norma que a su vez será el impulso para generar los recursos sociales adecuados. Yo no pretendo que en el centro de salud el médico saque una varita mágica y diga: ¡Hop, tratamiento para fulanita de tal! Pretendo que evalúe cuál es la evolución de ese sujeto; pretendemos que evalúe, además de la evolución con qué recursos cuenta el centro de salud y qué le puede ofrecer. Se hablaba de la voluntad judicial. Esto es como todo. En Madrid hay

dos juzgados especializados en materia de incapacidades, cada uno de ellos valora 4.500 expedientes de internamiento por año. 9.000 expedientes de internamiento involuntarios en la Comunidad de Madrid y valoran en torno a 1.500 asuntos de incapacitaciones legales por juzgado y año; y Barcelona anda en los mismos índices. Aquí nos dictan sentencias de curatela en materia de salud; vayan ustedes a un pueblecito de Guadalajara a ver qué les hace el juzgado de instancia e instrucción. Pero que no exista la misma implicación de todos los juzgados no ha sido obstáculo para que la ley de internamiento se aplique aquí y en el pueblecito de Guadalajara. La norma tiene que estar como marco de referencia, no solo para los jueces sino también para los médicos. A nadie se le ha ocurrido pensar: no hagamos una ley de internamiento porque al no tener juzgados especializados en Guadalajara o en Toledo o en Sepúlveda cómo vamos a hacer una Ley de internamiento si un juez de instrucción y de instancia no va a tener la sensibilidad para saber. Tampoco se ha planteado nadie: no hagamos una ley de incapacitación legal y no redactemos la tutela ni la curatela porque cuando no hay sensibilidad judicial porque no hay experiencia para aplicarla no se hace hasta que no tengamos los juzgados especializados. ¡japañados iríamos —perdónenme, pero es que soy abogado en ejercicio— si efectivamente esperáramos a tener los mejores juzgados o —y ya me pongo en la piel de los médicos— los mejores recursos sociosanitarios para tratar a nuestros pacientes! Es que no harían falta normas. Se dice que como no tenemos los recursos sociosanitarios suficientes —eso es parte de lo que dice la AEN, parte de lo que dice la asociación de usuarios ADEM y parte de lo que dice el señor Santos Urbaneja— creémosles antes de crear una norma. Yo me pregunto: ¿Qué consideramos recursos sociales suficientes? Muy sencillo, mi expectativa de calidad de vida hoy seguramente es la posibilidad de tener una plaza en un CRPS o en un CRL, pero dentro de cinco años mi expectativa de calidad de vida es que a mi familiar enfermo le den un puesto de trabajo integrado en una empresa y que ese volumen del 2 o del 5 por ciento que se reservan la Administración pública y las empresas privadas se eleve a un 10, porque tienen el mismo derecho y tenemos la obligación moral y legal de sacarlo adelante. ¿Qué es eso de tener la situación óptima de recursos sociosanitarios? Eso no existe, es una utopía; lo que me vale hoy no me va a valer dentro de cinco años porque mi calidad de vida va a mejorar y también mis expectativas de una mejor calidad de vida se van a ver incrementadas. Por consiguiente, nunca se van a dar los recursos sociales y sanitarios suficientes para nada. ¿Que hay que desarrollar el artículo 20 de la Ley General de Sanidad? Llevamos todos desde el año 1986 esperando que se creen los equipos de atención domiciliaria en salud mental y que se desarrollen. Existe un esbozo en Madrid; existe un esbozo, que ahora se llaman PSI, en Cataluña; existe también un esbozo en Bilbao, en Aragón se han hecho intentos, etcétera. Lo

conozco todo, pero no nos bastará, porque aunque se creen esas unidades de seguimiento domiciliario seguramente de los 4.500 asuntos de internamientos y de expedientes involuntarios en los juzgados se podrán reducir a 3.000, porque el señor que tiene una psicosis seguirá teniendo brotes, más retrasados, menos continuados porque estará mejor tratado por los equipos ambulatorios. Seguramente, si ahora hay una media de 80 casos anuales en toda España de tratamiento ambulatorio que se está autorizando por los juzgados, a lo mejor de esos 80 casos solo es necesario plantear 30. A la vista del artículo 9 de la ley de autonomía del paciente y con la situación y la necesidad de no abandonar a aquellos que no son voluntarios en la asistencia médica, yo me pregunto si en algún momento no va a ser necesario imponer esta medida, pese al seguimiento ambulatorio y a que haya equipos. ¿Dónde tenemos una norma que lo ampare? Es una laguna normativa. Ustedes no lo han regulado, y no les atribuyo la responsabilidad a ustedes porque es un tema arduo. No está regulado; regulamos lo más: la privación de libertad, la libertad de decisión, la integridad física y psicológica; la regulamos dentro de un hospital y, sin embargo, no hemos regulado la posibilidad de exigir médicamente a un sujeto, con todas las garantías de un procedimiento judicial, que acuda a un centro. La voluntad judicial conlleva dos vertientes. Efectivamente, la situación de que el enfermo, en esa apariencia de autoridad social que tiene un juez, se sienta compelido a acudir a un centro de salud, pero ese expediente de autorización judicial de tratamiento conllevará que mensualmente el centro de salud envíe por fax un informe al juzgado o a la trabajadora social adscrita al juzgado para no olvidarse de que en la calle número 4, tercero izquierda hay un señor que vive encerrado desde hace tres años. Obligaremos también al centro de salud. La sinergia se va a producir en ambos sentidos. ¿Que esto es dar más trabajo a los psiquiatras? No lo sé, quizá se sientan cómodos al saber que sus decisiones médicas vienen amparadas y refrendadas en una norma jurídica y también autorizados en un expediente judicial que les permite decir: yo lo prescribo y hay alguien que me ayuda a poder llevarlo a cabo. Con las mejores condiciones de los recursos socio-sanitarios, con las mejores condiciones de tener juzgados especializados por todos los rincones de nuestro país, puede ser necesario adoptar esta medida y no tenemos una norma. Cuando yo hablaba de voluntariedad de los jueces hablaba de la voluntariedad de los jueces de no tener una norma. No voy a destapar nada porque la fiscal de Barcelona comparecerá aquí mañana. En Barcelona se está haciendo desde el Juzgado 59. Ustedes van a tener a la magistrada del Juzgado 40, Silvia Ventura, que en la comisión de bioética de la que es miembro se opone totalmente a esta medida. Pero van a tener a Remei que les va a poner en contacto con un informe que se está haciendo en el Juzgado 59. Ernest, el magistrado del Juzgado 59, dice: Mientras yo no tenga una norma no

pongo una resolución por escrito porque, a diferencia de lo que pueda decir mi compañera Aurora o mi compañera Blanca Escalonilla en Madrid, yo necesito una norma de procedimiento. Pero en el último año ha archivado 34 casos de expedientes de internamiento involuntario que se le habían solicitado, llamando al paciente al juzgado y diciéndole: Se dan todas las circunstancias para poder autorizar un ingreso involuntario; te manifiesto que si acudes mañana al centro de salud y sigues visitando al médico en un tratamiento ambulatorio, voy a paralizar tu internamiento. Ustedes no se pueden imaginar lo que le supone a un enfermo ingresar en un hospital por la fuerza. Y no se imaginan lo que le supone a la familia que 15 días más tarde vuelva a casa cabreado y abandone la medicación. No se imaginan lo triste que es mi trabajo como asesora jurídica de Ceifem. No se trata solamente de asesorar; los martes y jueves recibo a gente y se hace consultoría gratuita a todo tipo de gente. Es muy triste ver a un padre con un hijo de 18 años diciendo: mi hijo ingresó tres veces en el Niño Jesús cuando era menor de edad, pero realmente luego no ha querido ir al médico; mide 1,90, no le puedo obligar; tiene 18 años, me han dicho que si ahora le hago un internamiento va a ir al doctor Herrera Fora, al hospital psiquiátrico de Madrid, con adultos y ¿para qué? ¿Para que salga sin medicarse? No; me conformo porque desde hace un año ya se ducha una vez cada 15 días y hemos mejorado notablemente las infecciones que tenía antes. Ese chico se tenía que estar bebiendo la vida a sorbos, tiene 18 años y está encerrado; el único contacto humano que tiene es con su padre. Estamos hablando de esas situaciones.

Me preguntaban si en la norma jurídica debían decir patologías. Estuvimos debatiendo esto unas once horas, en dos o tres sesiones —les admiro enormemente como legisladores—, y no lo creímos conveniente, sencillamente porque se producen errores de diagnóstico, porque últimamente los médicos intentan no diagnosticar, no les gusta hacer juicios clínicos. En los informes incluyen la naturaleza de los síntomas, pero no les gusta etiquetar, y menos cuando se trata de gente muy joven. Hemos apreciado casos de gente más adulta donde los diagnósticos han ido cambiando con el tiempo y quien tenía un trastorno bipolar ahora tiene un trastorno esquizofrénico y viceversa. No creo que haya que regular. No creo que como legisladores y juristas tengamos que atar de pies y manos a los psiquiatras. Son ellos, en su profesión, quienes determinan qué sujetos sí y qué sujetos no. Desde luego, hablamos de psicosis y de psicosis graves, no de trastornos bipolares, y de adoptar esta medida para no tener que adoptar una medida de internamiento tres veces al año, para dotar al paciente de un poco de calidad de vida como una situación menos restrictiva y solamente cuando sea imprescindible, cuando el médico lo considere así para no romper lo que llaman su alianza terapéutica. Se habla de si con esta medida se estigmatiza a los pacientes porque se judicializa y se criminaliza. Me sorprende

mucho leer el informe que me envió la comisión de bioética, a la que pertenece Silvia Ventura, lo que manifiesta ADEM o incluso lo que soslayadamente la AEN, la Asociación Española de Neuropsiquiatría, ha manifestado en el informe de su junta directiva publicado a finales de enero. Me sorprende mucho que hablen de criminalización. La doctora Alicia Roch —que también vendrá aquí y que también pertenece a esa comisión de bioética— y yo tuvimos ocasión de tener una jornada monotemática en Barcelona en el mes de noviembre, sacó este tema y a mi me sorprende. Esta señora participó en la reforma psiquiátrica y en la reforma legislativa del 211 en el año 1983. Y todo lo que leí en aquella época —entonces me importaba poco por lo joven que era— indica que la peligrosidad, la criminalización y la judicialización ya fue un debate; está más que pasado, es de hace 20 años. Lo que justifica un internamiento son razones terapéuticas y eso hoy nadie lo pone en duda. Lo que justifica un procedimiento de incapacitación es proteger a la persona y razones terapéuticas. Lo que justifica un tratamiento ambulatorio son razones terapéuticas. Yo me pregunto si no se le coarta más la libertad y se le estigmatiza más a un señor que vive encerrado en su casa dando voces de vez en cuando y molestando a los vecinos, a quien nadie habla y de quien nadie se ocupa o a un señor que, tratado —y no sólo farmacológicamente, si se puede—, se reintegra en la sociedad. Yo he tenido ocasión de ver pacientes que, no teniendo conciencia de enfermedad durante años, no solamente han estado abandonados a su suerte sino que se han metido en follones de los que luego me ha costado tres y cuatro años sacarles judicialmente, y no quiero entrar en absoluto en temas criminales o de legislación penal. He visto ese mismo paciente, sentado y comiendo conmigo, diciéndome: me acuerdo de todo lo que hice y, efectivamente, ahora soy otra persona. Y ha sido capaz de recuperar hasta el cariño de su hija, porque la gente tiene vida además de la enfermedad mental. La persona con enfermedad mental no es enferma las 24 horas del día ni los 12 meses del año durante toda su vida. La salud mental no es nada permanente, lo que nos vale hoy no nos vale dentro de dos años. Lo que tenemos que hacer, desde mi punto de vista, es brindarles esa oportunidad de acercarlos al médico cuando no son conscientes.

Se me preguntaba por lo de las instrucciones previas del artículo 11 de la ley de autonomía del paciente. Sé que el señor Santos Urbaneja, después de emitir un informe en el año 1999 —informe que asumió el fiscal general del Estado en la elevación de su informe anual a las Cortes— donde solicitaba la legislación especial en materia de tratamiento ambulatorio, nos ha hecho una crítica feroz en el sentido de decir que, efectivamente, esto no va a solucionar nada. Yo no quiero reformar toda la materia de salud mental; yo quiero cubrir una laguna normativa que es una necesidad social. Sé que ha hecho una enmienda —que no sé a qué grupo parlamentario la habrá hecho llegar— en la que dice que se debe mencio-

nar que se respetará el artículo 11, que es el de las instrucciones previas, de la ley de autonomía del paciente. A mí no me parece que una ley de procedimiento deba contener una ley sustantiva, un artículo o una referencia a una ley sustantiva. Aparte de eso, debo decir que las instrucciones previas en materia de procedimiento, en principio —y hablo personalmente, porque esto se debatió brevemente—, están hechas para que en esa acta de manifestaciones uno determine, cuando llega su falta de capacidad, cuál va a ser la situación. Yo creo que ustedes, cuando desarrollaron el artículo 11, pensaban en la situación del Alzheimer y de las enfermedades degenerativas, pero hay que tener en cuenta —y se lo digo porque supongo que será objeto de debate— que una persona con una enfermedad mental puede tener su capacidad volitiva e interlectiva limitada durante periodos concretos de su vida y no de forma permanente. El respeto o no de las instrucciones previas debería ser objeto de debate y un tema sobre el que reflexionar. En principio, esta medida no está pensada para gente que vaya y luego se defienda. Me preguntaban cuánta gente había recurrido un auto de tratamiento ambulatorio y, aunque lo desconozco, estamos hablando de núcleos de pacientes que no tienen ningún tipo de capacidad residual de autodefensa o de autoconciencia de lo que les está ocurriendo, estamos hablando de un núcleo de población residual. Si ustedes consideran que no se debe cubrir esa laguna normativa porque esto solo se puede aplicar a 40 sujetos en un año, creo que estaremos desasistiendo a esos 40 sujetos y a sus 40 familias.

¿Es insuficiente la legislación vigente? Sí lo es, porque hay estadios intermedios entre la necesidad de un internamiento y la necesidad de una incapacitación. ¿Por qué hay que incapacitar judicialmente? Ustedes no saben lo que le supone a un enfermo sentirse incapacitado. Como jurista sé que, efectivamente, es un grado de protección de esa persona, pero ustedes no saben lo que le puede suponer a un chico de 22 años creerse incapacitado, creer que no puede firmar un contrato de trabajo, creer que no puede ser dueño de su pensión, creer que va a llevar en la frente una etiqueta que ponga que está incapacitado judicialmente. Salir de un procedimiento de incapacitación, es decir, solicitar una recapacitación, es bastante más complicado de lo que todos ustedes piensan. ¿Por qué no le damos la oportunidad a ese señor de acercarle al sistema sociosanitario, de intentarle rehabilitar y no tenerle que incapacitar? ¿Para qué? Cuando se critica la medida todo el mundo olvida que a un sujeto incapacitado legalmente, con la regulación que hoy tenemos, se le puede aplicar esta medida, y puede aplicársele dentro de un procedimiento de incapacitación. Hace seis años, desde la fiscalía del juzgado de Madrid que está aplicando esta medida, como no tenía una norma expresa, decía: iniciamos el procedimiento de incapacidad y como medida cautelar dictamos medidas de protección de la persona y luego ya archivaremos el procedimiento de incapacidad, porque si no, no tenemos una norma. Hay que ser ingenie-

ro para darle vueltas a la historia. Esta es una situación que ya se ha recomendado por el Consejo de Europa y, por lo tanto, no creo que estemos pidiendo nada que no se deba hacer, entre otras cosas, porque se trata de una laguna. En la regulación breve y escueta que hemos presentado se dan todas las garantías, igual que hace el artículo 763 de protección a la persona. La posibilidad que una persona tiene de recurrir el tratamiento ambulatorio es la misma que tiene contra un internamiento. De los 9.000 expedientes anuales que hay en Madrid, ¿cuántos recursos creen ustedes que se hacen contra las resoluciones de internamiento involuntario? Se hacen seis anuales, ese es el índice. **(La señora Grande Pesquero solicita la palabra.)**

El señor **PRESIDENTE**: Nos hemos excedido mucho en el tiempo, pero tiene la palabra la señora Grande para una puntualización o rectificación muy breve.

La señora **GRANDE PESQUERO**: La señora Blanco ha dicho que se ha sentido ofendida cuando yo he hablado del tratamiento. Por Dios, nada más lejos de mi intención. Todo lo que yo he expresado son dudas que nos han asaltado no solo a mí, sino también a mi grupo, cuando nos hemos intentado meter en este grave problema de manera momentánea, no como ustedes que llevan toda la vida con este grave problema. Por lo tanto, quiero pedirle disculpas si en algún momento mi intervención le ha ofendido.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Blanco.

La señora **ASESORA JURÍDICA DE LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL** (Blanco del Barrio): Era una forma de expresarme. Habrán visto ustedes que soy nueva en este tema y nunca he tenido ocasión de comparecer. Me sentía ofendida coloquialmente hablando, en el sentido de que no pretendíamos solamente un tratamiento farmacológico, sino que se trata de algo más. Desde mi punto de vista, antes de empezar con la farmacología, se tiene que empezar por visitar al psiquiatra y éste ya verá si le manda a un psicólogo, si le pone una inyección, o ambas cosas, o si es posible darle una plaza. Eso es una cuestión médica.

El señor **PRESIDENTE**: Queremos agradecer, por su valiosa aportación, la intervención de doña Raquel Blanco.

— **DE LA SEÑORA PRESIDENTA DE FORUM DE INICIATIVAS ASISTENCIALES Y DE SALUD MENTAL DE CATALUNYA (LAGO BAYLIN)**. (Número de expediente 219/000089.)

El señor **PRESIDENTE**: La siguiente compareciente, doña Paloma Lago, está ya en condiciones de compa-

recer, asumiendo el turno de don Luís Cayo Pérez que, debido a problemas de transporte y comunicación, por razones climatológicas y de saturación de aeropuertos o de compañías, ha retrasado su comparecencia.

Quiero agradecer, en nombre de la Comisión de Justicia y de todos los grupos parlamentarios, la presencia entre nosotros de doña Paloma Lago Baylin, presidenta de Forum de Iniciativas Asistenciales y de Salud Mental de Cataluña, que viene a informar sobre esta proposición de ley de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos.

Vamos a mantener el procedimiento seguido en la comparecencia anterior y, por tanto, recuerdo a la señora Lago que tiene un tiempo máximo de 15 minutos para hacer su exposición inicial.

La señora **PRESIDENTA DE FORUM DE INICIATIVAS ASISTENCIALES Y DE SALUD MENTAL (Lago Baylin)**: Muchas gracias por invitarme a comparecer ante ustedes.

En esta comparecencia parto, por una parte, de mi experiencia como psiquiatra que trabaja en la salud mental pública desde hace 25 años y, por otra parte y sobre todo, de mi experiencia como gestora de servicios de salud mental y presidenta de una asociación, Fórum de Iniciativas y Salud Mental de Cataluña, asociación compuesta por 14 entidades y que gestiona 87 servicios de salud mental, tanto centros de salud mental como hospitales de día, pisos terapéuticos, residencias, programas PSI, centros de salud mental infanto-juveniles, etcétera, un abanico de servicios de salud mental comunitaria. Primero me voy a permitir hacer unas reflexiones y después comentaré unas estadísticas, porque hay un momento que es la reflexión, pero otro momento es trabajar sobre los datos, que nos aportan un análisis que va más allá de la reflexión.

El objetivo de la salud mental es disminuir el sufrimiento y mejorar el funcionamiento. Frente al sufrimiento, el primer deber de una sociedad fundada en la solidaridad y las libertades es reconocer que no puede haber un solo tipo de respuesta. La enfermedad mental grave repercute sobre la persona como individuo, pero también como ser social porque altera la relación con el otro, base del vínculo social. Para responder mejor a las necesidades de los pacientes que sufren una enfermedad mental grave es necesario escucharlos, hablarles y establecer la indispensable comunicación entre ellos y el mundo exterior; es necesario trabajar a partir de sus necesidades cotidianas y son estos gestos los que permiten devolver a los pacientes su dignidad y su lugar no solo como enfermo, sino como ciudadano en sí de la comunidad. Estas palabras no son mías, son palabras del ministro francés, dichas este año en una comparecencia por un grave problema que sucedió en Francia en relación con la salud mental.

La psiquiatría comunitaria supone modificaciones. Se modifica el lugar de la asistencia: del hospital a los

diferentes recursos comunitarios, centros de salud mental, hospitales de día, centros de rehabilitación, clubes sociales, pisos, residencias, centros especiales de empleo, al domicilio del paciente, a la calle. Se modifican las medidas de financiación. Antes solo era un problema sanitario y, por tanto, la financiación era sanitaria, pero ahora existe la participación regulada de otras consejerías, que participan en la financiación. En este momento —se lo recuerdo— la financiación todavía es insuficiente y no permite el desarrollo de todos los servicios necesarios para la práctica comunitaria ni las plazas suficiente, aunque este desarrollo es muy desigual es las diferentes autonomías. ¿Qué otras cosas se modifican? Las técnicas terapéuticas. En el centro no solo se hace la intervención farmacológica, sino las intervenciones psicoterapéuticas: programas de rehabilitación, entrenamiento y habilidades, soporte de las actividades de la vida diaria, educación sanitaria, etcétera. También, se modifican las prácticas de intervención —más adelante hablaré de la práctica asistencial diferente que supone la gestión de casos— y, asimismo, se modifica la organización de los servicios para garantizar la continuidad de cuidados, la atención a la crisis y la atención a la cronicidad. ¿Quién tiene la responsabilidad de garantizar una asistencia humana, un tratamiento eficaz y efectivo? El sistema sanitario, pero coordinado con los otros sistemas, el sistema social, el sistema educativo y el sistema judicial. Y para evitar la desresponsabilización de los servicios y programas y para garantizar que la departamentalización no cree espacios que no son de nadie se tienen que tomar diferentes medidas. Por una parte, planes integrales de salud mental en los que participen diferentes departamentos, con una financiación adecuada y con una delimitación de responsabilidades —en el Estado español tenemos diferentes planes; por ejemplo, el de Cataluña, y también los hay en otras comunidades—, y, por otra parte, una organización de servicios que garantice que los pacientes con trastornos mentales severos, que les recuerdo que son el 1 por ciento de la población, se benefician del conjunto de servicios, con una práctica que esté centrada en la corresponsabilización sobre un territorio de los diferentes niveles asistenciales —hospitalización, seguimiento ambulatorio, programas de rehabilitación— y que permita un aumento de la aceptabilidad de los tratamientos. También, una práctica de intervención, la gestión de casos, desarrolla un plan individualizado integral de asistencia que consigue la estabilidad del paciente en el medio comunitario y la retención del paciente en el seguimiento terapéutico. Se busca activamente al paciente para establecer por primera vez o restablecer el contacto. En la propuesta de ley y en los documentos de la Feafes se habla de los pacientes desvinculados, pero hay pacientes que a través de los programas PSI hemos visto que no habían estado nunca vinculados ni a servicios de urgencias ni a servicios de hospitalización. Se busca activamente al paciente para establecer o restablecer el contacto y para

que no se pierdan los intersticios de la red de servicios. A partir del desarrollo de una relación especial con el paciente proporcionando un planteamiento terapéutico amplio, teniendo en cuenta las necesidades, los recursos conservados del paciente, los riesgos y las necesidades de la familia, se facilitan cuidados intensivos a los pacientes difíciles.

El principio común que se tiene que ampliar a todos cuando planteamos modificaciones en la ley es que el cuidado y los tratamientos sean los adecuados. El tratamiento inadecuado, como su ausencia, puede dar lugar a consecuencias desastrosas. ¿Qué es un tratamiento adecuado? Aquel que refuerza las habilidades de la persona y lo protege de los riesgos. Mientras que la ley tiene como meta el cumplimiento de la justicia por medio de la resolución de los conflictos que se producen entre partes, la meta de la medicina es la recuperación de la salud, el funcionamiento mediante el consenso entre el médico y el paciente; actualmente no hablaríamos solo del médico sino del equipo de salud mental, del paciente y de los principales cuidadores: la familia. ¿Cómo lograr ese consenso? Aumentando la afectabilidad de las intervenciones asistenciales. Esto nos tiene que llevar a estudiar los motivos de los rechazos. Les voy a hacer un resumen de los motivos de los rechazos porque siempre se habla de la falta de conciencia de enfermedad, y yo les diría que eso es una parte que se toma como un todo, es decir, es una simplificación de lo que es la experiencia psicótica y de las repercusiones que tiene.

La experiencia psicótica, ya que se dice que va a ser sobre todo para pacientes psicóticos, es la ruptura de la biografía de un paciente, la seguridad y sus puntos de referencia. En la experiencia psicótica, los pacientes te dicen: lo de antes ya no tiene que ver conmigo, las seguridades que tenía antes en mi vida (lo que significaba la familia, los amigos, el trabajo, los estudios, el ocio...) ya no tiene sentido. También esa ruptura produce un aislamiento, es decir, una retracción (hay pacientes graves que ni se sientan a la mesa con su familia o no salen de casa) que produce desconfianza, sufrimiento y un gran temor, es decir, el otro, en vez de ser una fuente de seguridad, se convierte en una fuente de inseguridad y de temor; se produce también la marginación y la exclusión.

¿Qué otros motivos, aparte de la experiencia psicótica, produce el rechazo de los tratamientos? Uno es la respuesta de los servicios. La respuesta de los servicios que puede dar una atención discontinua, que puede dar una atención fragmentada y que puede ser no activa en la búsqueda de pacientes o en la revinculación de estos. Leyendo la ley me ha preocupado que se diga que los pacientes, cuando son dados de alta, están dejados de la mano de Dios. Yo les puedo hablar de Cataluña porque los servicios que gestionamos están en Cataluña y les puedo decir que hay una multiplicidad de programas dedicados a estos pacientes. Les voy a enumerar tres. Uno, los programas de continuidad de cuidados en los

que los centros de salud mental desplazan enfermeros a las unidades de hospitalización de agudos y a las unidades de urgencias para ver a los pacientes con el objetivo de conocerlos, si no los conocen, y decirles que después de la hospitalización el paciente será seguido por ellos y por un psiquiatra en el ambulatorio. Por otra parte, poder tener intercambios con la enfermería y con los psiquiatras de la unidad de hospitalización, que pueden hablar de la continuidad, de las dificultades y de los recursos de ese paciente, pero también para que el paciente sienta que no es una pelota que pasa de uno a otro, sino que se le tiene en cuenta y por tanto van a hablar delante de él el personal del hospital y el enfermero que se va a ocupar en parte de su tratamiento ambulatorio. Este es un programa de continuidad de cuidados que es semanal. Por otra parte, los programas con las unidades de urgencias hacen que cuando los enfermeros van semanalmente se informe a los centros de salud mental sobre aquellos pacientes que han acudido a urgencias y de su revinculación.

He de decirles, puesto que ustedes no son especialistas en la materia, que, como antes les había comentado, el 1 por ciento de la población tiene la posibilidad de sufrir un trastorno mental severo, y por trastorno mental severo no solo se entiende la psicosis y la esquizofrenia sino también algunos trastornos graves de límites de la personalidad, algunos trastornos graves obsesivos compulsivos y algunos trastornos graves bipolares o depresivos mayores. De ese 1 por ciento (los estudios epidemiológicos lo dicen) la comunidad científica suele hacer una división que dice que un 30 por ciento de esos pacientes no van a volver a tener ninguna descompensación en su vida, un 30 por ciento que van a sufrir descompensaciones y que van a necesitar un tratamiento y otro 30 por ciento que va a necesitar medidas muchísimo más complejas, que son los pacientes de más riesgo, que pasan por rehabilitación, programas de intervención a domicilio, etcétera. A ese 30 por ciento están destinados los programas de trastornos mentales severos que hacemos en Cataluña y por otra parte los PSI. En los programas de trastornos mentales severos todos los centros de salud mental (está dentro de la cartera de servicios, es decir, es de obligado cumplimiento dentro de los objetivos asistenciales) deben tener un registro de esos pacientes del sector no solo de los pacientes que se están atendiendo sino de los pacientes que históricamente se han atendido en el centro de salud mental, en la unidad de hospitalización o en urgencias; es decir, un registro acumulativo para saber qué pacientes necesitan un seguimiento por enfermería, por trabajo social y por psiquiatra desde los centros de salud mental que supone hacer un plan de servicios individualizado pero también, si el paciente se desvincula, poder reconectarlo con llamadas a su domicilio, entrevistas con la familia, intervención domiciliaria, trabajo con el médico de cabecera, con servicios sociales, etcétera. Después hay un tipo de programas, que son los PSI, que ya están más centrados y

que según las estadísticas que luego les leeré cogerían de ese 30 por ciento menos de un 5 por ciento, que serían los pacientes más graves y que tienen más posibilidades de ser abandonados por el sistema.

¿De qué otras cosas les hablaba? De los tratamientos. Siguiendo con los motivos por los que los pacientes rechazan los tratamientos, se encuentran la falta de información adecuada sobre qué objetivos tiene una medicación, qué efectos secundarios tiene, qué contraindicaciones, qué ventajas y qué inconvenientes, es decir, hay que facilitar educación sanitaria al paciente y a la familia; los tratamientos no individualizados, todo aquello que tenga que ver con el estudio de la historia del paciente, de su vida y de su familia; los tratamientos que no manejen bien el tema de cómo hacer accesible un tratamiento teniendo cuidado con la invasión, hay una cuestión que siempre hay que tener en cuenta con el paciente y con los familiares, que es cómo hacernos accesibles, cómo poder ir hacia el paciente, pero teniendo mucho cuidado en cuáles son los límites de la invasión y en qué momento podemos y tenemos que modificar nuestras estrategias. Otra cuestión es que no se tengan en cuenta los recursos sanos del paciente. Cuando se habla de conciencia de enfermedad se tiene en cuenta solo un aspecto negativo, pero no se tiene en cuenta que hay aspectos conservados de los pacientes que tienen que ser una palanca para poder trabajar con ellos y con la familia. Otra es no tener en cuenta a las familias; hay que informarles, tener en cuenta sus necesidades, darles un soporte. No estar accesibles en situaciones de crisis, porque para las familias y para los pacientes es mucho más aceptable que sea el equipo habitual que lo trata el que lo pueda ver en una situación de crisis en vez de un médico o un psiquiatra que está en la unidad hospitalaria que no lo conoce y que va a verle por primera vez. Y, por supuesto, la conciencia de enfermedad, que a veces se consigue después de mucho tiempo y tras años de intervención.

Les voy a poner un ejemplo paradigmático de los pacientes maniaco-depresivos. Los pacientes maniaco-depresivos se sienten bien cuando están en una fase maníaca y se consideran enfermos cuando están en una fase depresiva, porque en la fase maníaca tienen una sensación —y no solo es una sensación, sino una realidad— de que tienen unas energías desbordantes y que pueden hacer cantidad de cosas. En cambio, en las fases depresivas se sienten absolutamente objetos, incapaces, etcétera. Hasta que el paciente puede llegar a detectar las señales de alarma cuando pasa al inicio de una fase maníaca, que sería uno de los objetivos del tratamiento, puede pasar tiempo. Hay una cuestión que en la salud mental es muy importante, que es el tiempo que podemos dedicar a los pacientes y a las familias, es decir, en la salud mental no tenemos tecnología de aparatos, tenemos tecnología de instrumentos terapéuticos, pero para poder aplicar esos instrumentos terapéuticos necesitamos tiempo. Por último, está el estig-

ma social, la batalla contra el estigma social y contra la exclusión.

El sistema sanitario tiene que definir como objetivo cómo aumentamos la aceptabilidad de los tratamientos para los pacientes y la familia. En resumen, para lograr el consenso con el paciente y la familia es importante que aumentemos la aceptabilidad de las intervenciones asistenciales, estudiando los motivos de los rechazos, creando vínculos estrechos con los pacientes y sus cuidadores, definiendo objetivos y aumentando su participación activa en los planes de tratamiento en el momento de la estabilización y anticipando estrategias para una futura crisis. Hoy la psiquiatría comunitaria se encuentra confrontada a una situación compleja que provoca dilemas éticos y es cómo, respetando la autonomía del paciente, podemos asegurar el tratamiento más adecuado a las necesidades del paciente y de sus cuidadores. Las peticiones para aumentar la coacción sobre el paciente para hacerle cumplir un tratamiento ambulatorio son un intento inadecuado de compensar unos servicios de baja calidad carentes de medios. Si se fijan, hay formas diferentes de coacción. Una es la persuasión, que éticamente es correcta, es decir, cómo se puede utilizar la influencia de los profesionales sobre ese paciente y sobre su familia para poder consensuar cosas.

En la modificación de la ley que se plantea se introduce el concepto de marco menos restrictivo como un valor esencial que presupone que necesariamente se va a conseguir una meta positiva, cuando solo se trata de un objetivo negativo. El tratamiento ambulatorio judicializado pretende ser una alternativa menos restrictiva al ingreso, pretende promover un tratamiento obligatorio preventivo en un paciente que puede que en ese momento no se halle en una situación de riesgo, y se aplica a la prevención de futuros riesgos cuando existen antecedentes de recaída al abandonar el tratamiento y la existencia de riesgos demostrados asociados a las recaídas. Con eso no queremos decir —y en el documento que ustedes tienen de Fórum lo indica— que pueda haber casos excepcionales en que se puede necesitar.

Antes de ratificarme en el documento que nosotros les enviamos, realizamos algunas reflexiones sobre diferentes documentos. Uno fue la experiencia de Guipúzcoa. En la documentación de la experiencia de Guipúzcoa, que tiene unos 707.984 habitantes, se habla de 42 casos de pacientes con tratamiento ambulatorio judicializado. Por tanto, estamos hablando de un 0,6 por 10.000 habitantes. El documento de la Feafes habla de la posibilidad de aplicarla a un 7 por ciento de los enfermos mentales, pero supongo que se refiere al 7 por ciento del 1 por ciento de la población, es decir, el 7 por ciento de los trastornos mentales severos. Por otra parte, respecto a los programas TMS y PSI, les diré que con los programas TMS se están atendiendo entre un 20 y un 25 por ciento de los pacientes con trastornos mentales severos en Cataluña, y con los programas PSI (que todavía son programas piloto que no se han gene-

ralizado a todo el ámbito de Cataluña, aunque el compromiso del Gobierno es generalizarlos en el plazo de dos años, es decir, que en todos los sectores de Cataluña existan esos PSI), estamos atendiendo, según las cifras actuales, el 0,6 por 10.000 habitantes.

Por último, nosotros pensamos que estas medidas pueden ser necesarias para un colectivo de pacientes mucho menor que el de los pacientes atendidos en PSI, primero, por la experiencia de los resultados que estamos obteniendo y, segundo, no creemos que se tenga que modificar la ley sino que debemos tener en cuenta la importancia del desarrollo de la Ley General de Sanidad y de la Ley de autonomía del paciente.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a ir, como antes, de menor a mayor y por un tiempo máximo de cinco minutos.

En nombre del Grupo Parlamentario de Izquierda Verde-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, tiene la palabra el señor Pérez.

El señor **PÉREZ MARTÍNEZ**: En primer lugar, quisiera agradecer a la señora Lago su comparecencia en esta Comisión porque nos permite, entre otras cosas, beneficiarnos de su dedicación, su experiencia dilatada y su trabajo dentro de la salud mental y dentro del sistema público. También quisiera agradecerle su intervención, que en nuestra opinión muestra un conocimiento concreto de la realidad y además una capacidad de propuesta ciertamente apreciable.

En nombre de mi grupo quisiera plantearle con mucha brevedad cinco cuestiones que nos interesan y que recogen las inquietudes que desde nuestro grupo y en este ámbito tenemos en relación con el tema que se propone, con la inclusión de un apartado 5 en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Las preguntas serían concretamente las siguientes: ¿Cree usted, señora Lago, suficiente para evitar situaciones de desatención médica el documento de instrucciones previas del artículo 11 de la Ley 41/2002, referente a la autonomía del paciente? Quisiéramos saber también si con carácter general considera usted que esta modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil que se propone supondría una mejora asistencial a los enfermos mentales. Asimismo, queremos saber si dicha inclusión del punto propuesto en este artículo 763 podría evitar incapacitaciones y por tanto las posibles limitaciones de derechos de los enfermos mentales en circunstancias dadas. También quisiera preguntarle si existe una regulación similar en derecho internacional. Y, por último, aunque deduzco de su intervención el sentido del discurso y sobre todo en esa distinción que ha hecho usted, que ciertamente me ha llamado la atención, sobre los fines de la justicia y los fines que persigue la salud mental, si cree usted que unos mayores servicios supondrían una mayor adherencia al tratamiento, esto es, si en su opinión el problema que tratamos es más de suficiencia de recursos que de normativa legal.

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

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Muchas gracias a la compareciente, cuya intervención nos ha evidenciado la absoluta necesidad de la celebración de estas sesiones de expertos, puesto que aunque mi formación política se mostró partidaria de la toma en consideración de la iniciativa lo hacía con un cierto vértigo y con la necesidad de que seamos cautelosos a la hora de incidir en algo que es tan valorable desde nuestra perspectiva y desde las pautas que rigen nuestro ordenamiento, como es la propia voluntad de los pacientes. Su predecesora ha sido abiertamente partidaria de que hay que regular y usted, según se manifiesta en las notas que nos habían pasado antes y que también se nos han entregado hoy, manifiesta la gran preocupación. Me gustaría saber si la gran preocupación es eso, gran preocupación o una llamada al no lo hagan, por favor. Me ha parecido deducir de su intervención que cree que con una mejora usted hace pivotar las posibilidades de atender a esta evidente necesidad social en la mejora o en la adecuación del sistema sanitario sin necesidad de introducir elementos de control judicial respecto de determinadas causas.

Usted ha hecho alguna referencia a la experiencia en la que yo más me he documentado, como representante que soy del partido que tiene responsabilidades en la sanidad vasca, que es la que se ha podido realizar en Guipúzcoa. Respecto de ella yo le preguntaría si usted es abiertamente partidaria del no lo hagan, como le he manifestado, o si cree que sin embargo ha podido ser fructífero en algún caso la experiencia que se ha podido llevar a cabo allí y si para que puedan seguir realizando este tipo de experiencias no cree necesaria la modificación normativa, si, como se nos manifiesta, con las normas hoy vigentes hay jueces y psiquiatras que intervienen y hay otros que, sin embargo, no lo consideran mientras no haya una norma que lo avale. En definitiva le pregunto si son rotundamente contrarios a toda intervención, si creen que podía haber una norma pero quizás más cuidadosa, cautelosa o más cerrada que la que proponemos, o si lo que habría que acotar quizá sean los supuestos.

Insisto, le agradezco su exposición, puesto que nos están ayudando a perfilar si realmente es mejor que normemos y si normamos con qué cuidado tenemos que hacerlo.

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

El señor **JANÉ I GUASCH**: Muchas gracias, señora Lago, por su comparecencia hoy ante el Congreso de los Diputados, una comparecencia que también fue solicitada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència

i Unió.) Mi grupo presentó la proposición de ley que estamos debatiendo en fase de comparecencias, que fue tomada en consideración por unanimidad en el Pleno del Congreso de los Diputados del pasado 5 de octubre, recogiendo una propuesta del Cermi y de Feafes. También yo quiero explicar abiertamente que mi grupo pretendía dar una solución a lo que entendíamos que era una laguna normativa, que se nos planteó como tal y así la entendimos, así la propusimos —proposición de ley— y así se tomó en consideración. Pero también es cierto que una vez tomada en consideración y abierto el debate esta proposición de ley ha cosechado también opiniones contrarias a la misma. De ahí que el mismo grupo que la propuso haya pedido que se celebren estas comparecencias, porque nos parecen del todo útil para poder contrastar información. Esta es una de las riquezas del Parlamento. Las leyes no van directamente al BOE, las leyes las tramitamos, las contrastamos y nada mejor que contrastarlas con personas con una gran experiencia, como la tenía la anterior compareciente y como la que tiene la señora Lago. Con ella quiero hacer un reconocimiento tanto a las entidades que ella representa como a otras que también en Cataluña trabajan activamente para buscar soluciones en el ámbito de la salud mental. En Cataluña hemos sido pioneros en muchos aspectos en el ámbito de la salud mental y lo hemos sido gracias a personas como la señora Lago y como tantas y tantas otras que se han asociado y que tienen una inquietud. Por tanto, desde Convergència i Unió queríamos agradecerle esta comparecencia porque la entendíamos necesaria.

Desde mi visión, en este caso como miembro de la Comisión de Justicia, quisiera plantearle algunas reflexiones. La proposición de ley, si finalmente se acuerda con las enmiendas que podamos introducir los distintos grupos, no tiene una redacción imperativa ni tiene tampoco una redacción generalista. Esta iniciativa abre una posibilidad, cuando se decida aplicarla, pero no es una proposición de ley que tenga un resultado imperativo obligatorio en todos los casos, ni mucho menos, sino que se aplicará cuando se acuerde y a petición del propio facultativo que atiende a un enfermo mental, es decir, abre una posibilidad donde hoy esa posibilidad no existe. En algunos casos se nos ha demostrado que hay personal que si no tiene el marco jurídico que le justifique la toma de decisión no la toma, a pesar de que consideran que deberían tomarla para someter a un determinado paciente a un tratamiento médico porque considera que ese tratamiento puede evitar su internamiento o su incapacitación y era una tercera vía. Hago esta reflexión para preguntarle, si es que se aprueba esta proposición de ley, tal y como se ha redactado, en qué damos un paso atrás. La intención de Convergència i Unió era abrir una posibilidad, que se pudiera utilizar cuando pareciera necesario y con las necesarias garantías. Para abrir esa posibilidad, estoy de acuerdo con otros portavoces —y ya lo afirmé así en la sesión plenaria de 5 de octubre—, debemos ser siempre

cautelosos y siempre garantistas. Nosotros abríamos esa posibilidad. ¿Pero, en qué damos marcha atrás, si realmente se regula? Estoy de acuerdo en que harán falta medios y que esto —y así lo afirmé el 5 de octubre— no es una varita mágica, pero es una posibilidad. Evidentemente, el hecho de que hagan falta medios suficientes en el ámbito de la atención a este tipo de enfermos no contradice el hecho de que esta posibilidad esté regulada. No tiene por qué ser contradictoria la falta de medios con que exista o no esta regulación en nuestro ordenamiento jurídico. Por tanto, quiero preguntarle, ¿en qué iríamos hacia una consecuencia negativa si se regula? Repito que no es generalista ni imperativa, es individualizada. ¿En qué iríamos hacia atrás, cuando se considere necesaria, y con las debidas garantías?

La segunda consideración y reflexión que le quería hacer es que la hemos tomado en consideración. Nos pareció que podía ser una alternativa o una respuesta, veremos al final si equivocada o no, pero la hemos tomado en consideración. Está abierto el plazo de enmiendas. Sensatamente hemos abierto en esta Comisión la posibilidad de estas comparecencias, ¿se nos pueden sugerir enmiendas? Porque en muchas ocasiones, en esta Cámara lo hemos conocido en muchas tramitaciones legislativas, nada es blanco ni es negro, nada es absoluto. Ante esta proposición de ley podemos hacer dos cosas: dar un mensaje de no regular nada o aprovechando que tenemos esta toma en consideración planteemos enmiendas que ayuden al colectivo que usted representa y conoce tan bien. Brindamos desde el Parlamento la oportunidad de que aprovechando este trámite legislativo, con el valor que tiene, podamos sugerir enmiendas porque creo que también sería un fracaso para esta Cámara que no saliera nada legislado sobre un ámbito que seguro que precisa también de soluciones desde el Parlamento. Consiguientemente, ofrezco, seguro que todos los grupos lo comparten con Convergència i Unió, esta posibilidad de ampliar el plazo de enmiendas hasta donde sea necesario, señor presidente, para que se logre un consenso entre las distintas organizaciones de expertos que conocen bien este ámbito.

Señora Lago, muchas gracias, una vez más por su comparecencia, por su labor, por su pedagogía y espere-mos que podamos llegar al final de esta tramitación legislativa a una solución, que nunca será la varita mágica, que pueda ser útil para el conjunto de la sociedad.

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

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Señora Lago, bienvenida y enhorabuena por estos programas que están llevando a cabo en Cataluña de integración de psiquiatría comunitaria y hacer una psiquiatría integral entre hospital y ámbito ambulatorio.

Coincido con usted en que la falta de recursos comunitarios supone una limitación importante al tratamien-

to de los pacientes, sobre todo los psicóticos. La primera cuestión que me planteo es si nos es lícito plantear que no tenemos que hacer nada en tanto en cuanto no se desarrollen todos los recursos comunitarios que faciliten la atención a este colectivo de pacientes. Por otro lado, soy consciente de que gran parte de las medidas que en el ambulatorio podamos hacer, desde una perspectiva biopsicosocial de atención a los pacientes, redundará en su beneficio pero, ¿podemos garantizar al cien por cien que no vamos a necesitar algún instrumento más para conseguir que este colectivo de pacientes, que usted reconoce del 5 por ciento del 30 por ciento de los graves, que pueden tener problemas a la hora de tener conciencia de enfermedad, necesiten algún tipo de medida involuntaria para garantizar ese tratamiento? Hay disparidad de criterios entre las distintas orientaciones psiquiátricas, siempre pasa en psiquiatría, ¿existe posibilidad de llegar a algún tipo de consenso entre profesionales a la hora de focalizar en el enfermo todo lo que nos es impuesto hacer como médicos? Procurar el bienestar, garantizar la libertad... ¿Hay posibilidad de conseguir algún consenso con las otras asociaciones de psiquiatría? Uno de los problemas a los que se ha referido a la hora de explicar de qué forma pueden negarse los pacientes a seguir el tratamiento son determinados efectos secundarios que producen los antipsicóticos, que son de todos bien conocidos, pero que últimamente se han obviado bastante con el uso de los nuevos. De hecho, hay algunos antipsicóticos, tanto clásicos como de nueva generación, que se administran en forma depot, de forma retardada, con lo cual el efecto se prolonga en el tiempo una vez administrado. ¿Supone o puede suponer formalmente una cierta limitación a la libertad individual de los pacientes el hecho de que ese efecto medicamentoso se esté prolongando en el tiempo? ¿Lo debemos tener en consideración a la hora de valorar la voluntad o voluntariedad del paciente para hacer el tratamiento?

Para acabar, quiero hacerle otra pregunta. Se plantea desde hace muchos años, después del primer cambio de normativa de ingresos (yo todavía viví en el hospital psiquiátrico de Palma los ingresos, con la Ley de 1936, que podía autorizar la familia, la policía, el alcalde) y la modificación de la Ley de internamientos o la modificación del Código Civil en cuestión de internamientos de presuntos incapaces, que progresivamente han disminuido los ingresos involuntarios y cada vez hay mayor voluntariedad, voluntariedad, coincidirá conmigo, que muchas veces está un poco condicionada y un poco impuesta por el profesional que recibe al paciente, ¿no considera que esta medida contemplada en el 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil podría ser complementada a lo mejor con algún tipo de medida que garantizara la adherencia al tratamiento de los pacientes una vez que han salido del hospital? Dejo un poco en el aire la posibilidad de que el alta no se produzca al salir del hospital, sino que se pueda demorar en el tiempo de tal forma que se garantice la adherencia del paciente.

Quiero agradecerle nuevamente su presencia. Todos los grupos estamos intentando legislar para procurar el máximo bienestar y la máxima defensa de un colectivo importante, como ha dicho usted, del 1 por ciento de la población española.

El señor **PRESIDENTE**: En nombre del Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Señora Lago, bienvenida y muchas gracias por su aportación, de una persona que vive el día a día de la asistencia a los enfermos mentales en diferentes dispositivos del sistema sanitario y sociosanitario, aunque solamente sea en la comunidad de Cataluña, pero me imagino que estará en contacto permanente con otras comunidades autónomas. Voy a coincidir en algunas preguntas con otros grupos, pero las voy a hacer testimonialmente de forma muy breve para que en la contestación incluya también las nuestras. En su opinión —es una pregunta común que vamos a hacer a todos los comparecientes—, ¿cree que actualmente existe normativa suficiente para las situaciones de tratamiento no consentido o hay lagunas legales, como algunos comparecientes han expresado? ¿De qué tipo de situaciones, según su experiencia, y cuántos casos aproximadamente podrían ser susceptibles de la aplicación de esta reforma? Nos ha explicado más o menos cómo va el porcentaje en cuanto a la población de personas que están siendo susceptibles de este tipo de tratamiento en lugares donde se están aplicando, por ejemplo, en la comunidad de Euskadi. La pregunta sería, si esto se aprobara, ¿de qué tipo de situaciones estaríamos hablando, a cuáles sería aplicable esta norma?

Otra pregunta sería si usted cree que actualmente los jueces tienen instrumentos suficientes para que se cumplan los tratamientos domiciliarios, y en caso de que no lo crea, de qué instrumentos cree usted que debería disponer el juez para que se cumpliera esta norma, de entrar en vigor. En su opinión, y por supuesto en base a su experiencia diaria, ¿cree usted que la aplicación de la norma propuesta resolvería algún aspecto del problema? ¿Considera que esta es una medida coercitiva? En caso afirmativo, ¿por qué? Otros grupos lo han dicho también, si la suficiencia de recursos existiera de manera equitativa en todas las comunidades autónomas, ¿consideraría que sería necesario aprobar una norma de este rango?

Por último, una aclaración. Como profesional en ejercicio diario y por supuesto a su criterio, lógicamente, ya que sabemos que, como bien ha dicho el anterior interviniente, los neuropsiquiatras a veces no siempre están todos de acuerdo, ¿nos podría decir la diferencia que habría entre un tratamiento involuntario y un tratamiento forzado, al que se ha referido antes la representante de Feafes? Quisiéramos conocer si en su criterio realmente esta diferencia existe. Repito, tratamiento involuntario y tratamiento forzado en ambulatorio.

Le agradecemos su aportación, que para los legos en la materia, en un mundo como éste de la salud mental y de los pacientes que padecen una enfermedad mental, la verdad es que es muy de agradecer.

El señor **PRESIDENTE**: Le vamos a dar la palabra a doña Paloma Lago.

La señora **PRESIDENTA DE FORUM DE INICIATIVAS ASISTENCIALES Y DE SALUD MENTAL DE CATALUNYA** (Lago Baylin): La primera cosa que les querría decir es que ustedes tienen una responsabilidad muy importante, que es la de legislar. Yo tengo la responsabilidad de atender y de gestionar servicios para que hagan los tratamientos adecuados. En este sentido, la responsabilidad de ustedes, que es la de legislar, tiene que poder, y yo creo que esa es la voluntad de ustedes, por supuesto, legislar para que los pacientes reciban mejores tratamientos, y hay una cuestión que me gustaría recordarles, que es que ustedes pueden pedir que el desarrollo de la Ley General de Sanidad se haga efectivo. Esta es una de las funciones y deberes que ustedes tienen.

Una reflexión. En esta ley que planteó la Cermi, que es el colectivo de disminuidos, hay una cuestión que siempre es confusa, que el colectivo de disminuidos y el colectivo de salud mental tienen muchas diferencias, y cosas que a lo mejor pueden ser —yo no me meto, porque no es mi campo— aplicables al colectivo de disminuidos no lo es al de la salud mental. Esto para empezar. Para continuar, en la federación de familiares de enfermos mentales, que fue la que hizo, junto con el colectivo de disminuidos, la propuesta, no es una opinión generalizada en todas las asociaciones de familiares de nuestro país, y de esto tienen que ser conscientes. Incluso en Cataluña es una cuestión que se está empezando a debatir en el seno de las diferentes organizaciones de asociaciones de familiares. Por tanto, lo que se presenta como una postura unánime no lo es. Lo digo porque pienso que lo tienen que tener en cuenta.

Otra cuestión es el consenso entre los profesionales, es verdad, y supongo que usted es médico. Me acuerdo de haber oído esto hace 25 años por parte de las administraciones y por parte de los políticos que como una respuesta a la insuficiencia de recursos nos decían: pero es que los profesionales no os ponéis de acuerdo entre vosotros. Perdonen, lo siento, pero es una cuestión que no considero admisible. Lo digo porque este latiguillo me recuerda a tiempos pasados, hace 25 años en las reuniones con las consejerías, con los ayuntamientos: es que los profesionales de la salud mental, como hay diferentes escuelas teóricas, no os ponéis de acuerdo. Es verdad que hay diferentes modelos teóricos, pero los profesionales que trabajan en la salud mental pública saben por experiencia que tienen que hacer una síntesis de los diferentes modelos teóricos para poder hacer tratamientos, porque en la salud mental pública, diferente a la privada, se encuentran con distintos tipos de

situaciones, con familia, sin familia, agudos, penal, no penal, etcétera, que requieren poder utilizar los instrumentos de los diferentes modelos teóricos.

¿Por qué consideramos que no tendría que haber esta modificación de la ley? A nosotros hay una cuestión que nos preocupa mucho, que es la de responsabilización de los servicios sanitarios. Cuando se decide el tratamiento ambulatorio y judicializado y se le pasa al juez, es el juez el que tiene que definir —yo leo el documento vasco— el tratamiento, de acuerdo con los psiquiatras, pero es el que se responsabiliza de los incumplimientos. Perdonen, a mí, como sistema de servicios sanitarios, me parece una delegación de parte de mis responsabilidades en un sistema como el judicial. Esta es la primera cuestión. Segunda cuestión, la responsabilización de los pacientes y de las familias. Pienso que los pacientes y las familias se pueden responsabilizar más de los tratamientos si realmente tienen un soporte de los servicios. Es evidente que, si no lo tienen, tienen muchas más dificultades en responsabilizarse. Tercera cuestión, de los 42 casos de Guipúzcoa el juez ha tenido que intervenir en el 40 por ciento, y lo tienen plasmado en un documento que presentó un grupo de trabajo del Consejo General del Poder Judicial, donde había 17 intervenciones del juez ante el incumplimiento. Estamos hablando de un 40 por ciento. Lo digo para perfilar qué es la excepción y qué es la norma. Cuarta cuestión —y no es ningún ataque a esto, sino plantearlo, pues estoy muy contenta de poder estar aquí y de que por fin se hable de la salud mental en el Congreso de los Diputados—, ¿en qué damos un paso atrás? Yo creo que, por una parte, en la desresponsabilización de las administraciones sanitarias, de que no tienen por qué poner más inversión en el sistema sanitario y en los planes integrales de salud mental; es una desresponsabilización de la organización de servicios, cuando yo les hablaba de la responsabilización de organización de territorio. Y es una cuestión que pido en Cataluña, cada vez tenemos que pensar más, no en términos de sólo los objetivos que cumple cada línea asistencial (el centro de salud mental, el PSI, la unidad de hospitalización, urgencias), sino también trascenderlo y ponernos unos objetivos que tenemos que cumplir conjuntamente. Les pongo un ejemplo. En un sector determinado, donde yo tengo varios servicios, qué pacientes tenemos desvinculados. Esa no es sólo una cuestión mía sino que también hay que saber que estrategias se pueden seguir con la unidad de agudos, con urgencias, para poder vincular a los pacientes, también en cuanto al territorio. Yo les decía: hay una parte de pacientes —y los PSI se basan en eso— cuya inclusión en el PSI la pueden pedir no sólo los profesionales de cualquier nivel asistencial del circuito psiquiátrico sino que también lo puede pedir la inclusión servicios sociales o los médicos de cabecera. Hay una cuestión muy importante en la continuidad asistencial que no es solo el circuito psiquiátrico sino la figura del médico de cabecera. En las copias de este programa que les he

hecho, en uno de los programas se ve estadísticamente qué conexión tenían los pacientes con los servicios sanitarios, con el médico de cabecera. Ustedes saben que en los pacientes psicóticos crónicos, por la utilización de medicaciones a largo plazo, por las dificultades que a veces tienen del cuidado de sí mismos, la aparición de problemas sanitarios físicos es más importante que en la población general.

Quiero decirles, volviendo al tema, que una cuestión es la desresponsabilización por sectores, la desresponsabilización de las líneas asistenciales, la desresponsabilización del médico de cabecera. Hay una cuestión que ustedes tienen que saber, y si no se lo digo yo, y es que muchas veces el estigma es tan importante en los trastornos mentales severos que hay veces que por parte del sistema sanitario general no reciben el tratamiento adecuado, porque como está loco puede que las quejas somáticas que plantea sean parte de la locura, o no se hace una intervención quirúrgica porque como por su locura no es responsable de cuidar suficientemente su salud no se prescribe esa intervención quirúrgica. Cuando estamos hablando de estigma estamos hablando también de estigma y de discriminación dentro del sistema sanitario.

¿Por qué es un paso atrás? Por la falta de responsabilidad, por una parte, de los diferentes actores del sistema sanitario y, por otra parte, porque aumenta la estigmatización. En los tratamientos de ingresos involuntarios se dice que el que intervenga pueda ser el sistema sanitario —y saben que ahí hay un debate en los protocolos, pero que no es tal— y ahora se está planteando que se van a hacer protocolos y que va a intervenir la policía cuando el paciente no acepte ir al tratamiento ambulatorio. Me parece que estamos dando marcha atrás.

¿Hay normativa suficiente? Por una parte yo les diría: exijan el cumplimiento de la Ley General de Sanidad, sobre todo en el tema del ámbito de intervención domiciliaria; yo creo que con lo que sabemos ahora —que sabemos más que en el año 1986— deben exigir programas de trastornos mentales severos, exijan programas de seguimiento individualizado, PSI, exijan programas de continuidad asistencial. Todas estas cosas las tienen que exigir a los gobiernos autonómicos y al Gobierno de la nación.

Me preguntan si los jueces tienen instrumentos. Nosotros lo decíamos en nuestra propuesta y, por tanto, no voy a defender otras cosas, aunque después les recomiendo que la vean, porque seguro que la tienen; además comparece el señor Santos Urbaneja y están las declaraciones de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que también comparecerá su representante, que tienen argumentos y plantean cosas más desarrolladas que nosotros, porque fue la primera reflexión, fuimos los primeros que enviamos algo.

Hay otras cifras que quería comentar, que son las cifras del Juzgado 40. Hay dos cosas que quiero señalar. El número de tratamientos forzosos disminuyó

desde el año anterior a este por la presencia en el 50 por ciento de la población de Barcelona ciudad, que sólo cubre el 50 por ciento de los habitantes de Barcelona ciudad, de los programas PSI, porque empezaron en diciembre del año anterior, es decir, el año pasado. Por otra parte, de los 18 casos solo dos son ambulatorios.

El señor **PRESIDENTE**: Agradecemos muy sinceramente las aportaciones de doña Paloma Lago en esta Comisión; sus afirmaciones son muy ilustrativas. Les informo de que hay una documentación que la señora Lago nos ha proporcionado y que está a disposición de los grupos parlamentarios.

Suspendemos la sesión unos momentos para recibir al siguiente compareciente. (**Pausa.**)

— **DEL SEÑOR DIRECTOR DEL PROGRAMA DE LA FUNDACIÓN ANDALUZA DE INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL (FAISEM) LÓPEZ ÁLVAREZ (Número de expediente 219/000090.)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Señorías, continuamos las comparecencias, de conformidad con el orden del día de la sesión de hoy. Cedemos la palabra al compareciente, don Marcelino López Álvarez.

El señor **DIRECTOR DEL PROGRAMA DE LA FUNDACIÓN ANDALUZA DE INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL, FAISEM** (López Álvarez): En primer lugar, agradezco a la Comisión que haya considerado que podía ser útil contar con mi opinión y que pudiera ser de interés para el trabajo que ustedes tienen que hacer, y manifiesto mi satisfacción y mi disponibilidad para colaborar, en la medida de mis posibilidades, en algo que yo entiendo que es una tarea común, que es cómo mejorar la situación de las personas que tienen problemas graves de salud mental en nuestro país.

Querría utilizar el formato que me han comunicado de la comparecencia, en el que se contempla que yo disponga de un período previo de exposición de unos 15 minutos, que querría no alargar. No me gusta mucho leer las cosas; prefiero hablar, pero en este caso voy a intentar seguir el guión escrito en aras de la claridad, la precisión y la brevedad que me permitan contar las cosas que me parecían de interés. Voy a dividir mi exposición en cuatro pequeños bloques. Primero haré una valoración general y global de lo que me ha parecido la proposición de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil, para regular los tratamientos no voluntarios a las personas con enfermedades mentales o con trastornos mentales graves, y después intentaré explicar el porqué de esa valoración haciendo referencia a algunos aspectos del contexto: por un lado, por dónde han

ido evolucionando en distintos países los procedimientos de atención a las personas con este tipo de problemas, contrastándolos con la situación en nuestro país y, por otro lado, lo que en ese contexto considero que pueden ser los efectos de la proposición que se nos plantea y que he podido leer gracias a ustedes. Finalmente, haré una exposición muy breve de algunas conclusiones generales. Como he dicho, voy a intentar leer el guión que tenía escrito para no alargarme demasiado.

Me gusta ser claro en las cosas que digo, y después de haber leído y analizado la proposición mi valoración general se podría resumir en que me parece que hay una falta de adecuación entre los objetivos que se proponen en la exposición de motivos —la necesidad de asegurar un tratamiento correcto, integral y continuado de personas con enfermedades mentales graves y con problemas de baja adherencia al tratamiento por falta de conciencia de enfermedad— y la medida que se propone de extender la autorización judicial de internamiento involuntario al tratamiento ambulatorio. En mi opinión, esa falta de adecuación se deriva de una doble consideración. Por un lado, es difícil no estar de acuerdo en que la necesidad existe, es decir, que hay un colectivo de personas con enfermedad mental grave que no reciben la atención que necesitan, y especialmente aquellas personas que tienen problemas de baja conciencia de enfermedad y baja adherencia al tratamiento. Es cierto, y creo que la exposición de motivos es bastante razonable, pero, por otro lado, creo que no es correcta la respuesta que se propone, básicamente por tres razones: primero, porque creo que no incide sobre los factores que están en la base o determinan esa necesidad; segundo, porque por sí sola me parece inefectiva, y tercero, porque puede dar lugar a importantes efectos contraproducentes, negativos o —si se me permite una expresión de la jerga profesional de la psiquiatría— perversos. Intentaré explicar a continuación con un poco más de detalle en qué me baso para hacer esas afirmaciones.

En primer lugar, para entender mi posición es necesario tener en cuenta básicamente dos aspectos, uno relacionado con los planteamientos actuales sobre la atención a personas con enfermedades mentales graves en los países que podemos denominar desarrollados, y otro sobre la situación concreta de dicha atención en nuestro país. En relación con el primero de esos aspectos, la atención a personas con enfermedades mentales graves ha ido evolucionando en los últimos 50 años de manera importante, básicamente en la segunda mitad del siglo pasado, y dicha evolución se puede medir en tres aspectos. Uno de ellos hace referencia a lo que podríamos llamar consideración social de la persona con enfermedad mental. Jugando con una imagen sugestiva, aunque un poco esquemática, en esos años hemos pasado de considerar que las personas con enfermedades mentales graves eran locos —es decir, personas diferentes, extrañas y peligrosas, de las que la sociedad se tenía que defender encerrándolas detrás de

los muros de instituciones— a considerar que eran enfermos o enfermas, es decir, personas que tenían lesiones o síntomas susceptibles de algún tipo de tratamiento médico, y a dar un paso más, que yo creo se está dando cada vez en más lugares del mundo, que es pensar que no estamos hablando de locos, enfermos o enfermas, sino de ciudadanas o ciudadanos que tienen dificultades, que tienen derechos y obligaciones pero que tienen muchas dificultades para ejercerlos, evidentemente, porque tienen enfermedades, lesiones y síntomas de los que se ocupan las ciencias médicas, pero también porque tienen otros muchos problemas de funcionamiento personal y social que metemos dentro de ese paraguas general que llamamos discapacidad, y porque nuestras sociedades han ido desarrollando a lo largo de los siglos barreras, que hacen todavía más complicados los problemas de estas personas. Se trata de barreras que fundamentalmente tienen que ver con el complejo de actitudes sociales negativas que denominamos con el nombre de estigma social.

Paralelamente a esa evolución en la consideración social de estas personas —que nos ayuda a situar bien los cometidos de los servicios públicos en la atención a estas personas, tanto sanitarios como no sanitarios—, se ha producido una evolución importante en lo que podríamos llamar los principios básicos que regulan la organización de la atención, desde modelos basados en la reclusión en grandes instituciones a modelos que llamamos de atención comunitaria, que ponen el acento en estrategias de inclusión social, de rehabilitación, de trabajo intersectorial, de trabajo en red multiprofesional, pero también de participación activa, de respeto a los derechos humanos básicos tanto de las personas como de sus familias.

Por último, la evolución en los planteamientos de la atención registra un notable incremento en lo que podríamos llamar el inventario del registro de procedimientos que tienen algún tipo de evidencia empírica que justifica que se utilicen en la atención a este tipo de personas; inventario, registro o catálogo de procedimientos en los que se encuentran los tratamientos farmacológicos, pero también muchos otros tratamientos de tipo psicosocial con la misma evidencia empírica de utilidad para este tipo de personas. Yo creo que en conjunto el consenso profesional actual, basado tanto en valores como en información empírica, defiende la necesidad de asegurar programas de intervención individualizados, complejos y continuados, en los que, además de la medicación, se deben incluir psicoeducación, psicoterapia y apoyo personal, rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades personales y sociales, orientación vocacional, así como la provisión de espacios y apoyos en áreas como la vivienda, el empleo, las relaciones sociales y la tutela personal y jurídica; intervenciones a las que habría que añadir las de tipo educativo y de apoyo a las familias y medidas específicas y generales contra el estigma social. Yo creo que son ese tipo de programas combinados, articulados

y sostenidos en el tiempo, incluyendo la atención en situaciones de descompensación y crisis, pero no solo ni fundamentalmente, los que aseguran realmente una buena evolución clínica y un ajuste social, en definitiva, la razonable calidad de vida de los pacientes y del entorno al que hace referencia la declaración de motivos de la propuesta de modificación de la ley.

En lo que respecta a nuestro país, la situación actual de la atención a estas personas se podría resumir en función de tres rasgos. Contestando en parte a algunas preguntas que se han suscitado en la comparecencia anterior, creo en primer lugar, que hay una regulación legal razonable, desde la Ley General de Sanidad y sus desarrollos posteriores a la Ley de Autonomía del Paciente y a las disposiciones de la Ley de Enjuiciamiento Civil y la normativa penal, para abarcar el conjunto de aspectos que tienen que ver con la atención a personas con enfermedades mentales graves, dentro del contexto de paradigmas de atención comunitaria que he intentado resumir anteriormente. A este respecto hay que señalar que desde el inicio de las reformas sanitarias y jurídicas asociadas a la democracia se ha tenido un cuidado exquisito en que no hubiese una legislación específica para personas con enfermedades mentales, con el objetivo de intentar contrarrestar el estigma social asociado inevitablemente a legislaciones especiales, dirigidas exclusivamente a estas personas.

En segundo lugar y por contraposición, creo que podemos hablar de una atención insuficiente en términos generales, a pesar de los progresos registrados en estos años, con escasez de recursos sanitarios y especialmente de apoyo social, con mecanismos inadecuados de funcionamiento, con una desigual atención domiciliaria y, en situaciones de crisis, con poca coordinación entre los servicios y las redes y con escasa implicación práctica de los familiares y de los usuarios, así como un reducido y parcial inventario de intervenciones reales, a diferencia de la panoplia de intervenciones a las que aludíamos anteriormente. Habitualmente, en la mayoría de los casos de nuestro país lo que recibe una persona con enfermedad mental grave es alguna intervención farmacológica, alguna visita de periodicidad, como mucho, mensual, y muy poco más, sin mecanismos de atención intensiva en la comunidad, sin espacios suficientes para la rehabilitación y la integración social. Desgraciadamente, se trata de una situación todavía lejana, a pesar del progreso habido en estos años, a la que es habitual en otros países de la Unión Europea, con los que hemos acercado posiciones pero de los que estamos todavía lejos de haber eliminado diferencias, ni siquiera en la misma medida en que se ha hecho con otras áreas de la atención sanitaria y social.

Y en tercer lugar, además de esa carencia general de los recursos disponibles para atender a las personas con enfermedad mental grave, el problema se agrava debido a la gran diversidad territorial, con evidentes diferencias entre las comunidades autónomas tanto en lo

que respecta a servicios sanitarios como especialmente a servicios de apoyo social, así como a programas y protocolos de intervención para este tipo de problemas. En este caso puedo hablar de la situación que me resulta más cercana, la de Andalucía, donde, además de la red sanitaria —que sustituyó en su día al cierre de los hospitales psiquiátricos—, que cuenta con unidades de rehabilitación y con comunidades terapéuticas que no están generalizadas en el conjunto del Estado y que complementan a los equipos de salud mental y a las unidades de hospitales generales, hay una red —en la que yo he trabajado en los últimos años— de apoyo social, con estructuras residenciales, ocupacionales, de apoyo al empleo, con empresas sociales y con instituciones de tutela, situación que dista mucho de ser común al conjunto del Estado y que, pese a necesitar importantes mejoras, asegura una mayor capacidad de atención a este colectivo, entre otras cosas, una mayor adherencia a los tratamientos, no solo farmacológicos, de las personas que las utilizan. En estas condiciones, no es extraño que un número importante de personas con enfermedades mentales graves no reciban la atención que necesitan y que, además, en esta situación sea mucho más difícil atender a personas con baja conciencia de enfermedad y baja adherencia al tratamiento. Como resumen de este apartado, para nosotros el problema está más condicionado por la dotación y funcionamiento de los servicios previstos por la Ley General de Sanidad que por la falta de una regulación jurídica del tema.

Si entramos en el análisis de la propuesta, a partir del contexto que he resumido anteriormente, me parece que la propuesta de modificación legislativa que he podido leer es inadecuada, insuficiente y que puede tener efectos contraproducentes. Me parece inadecuada porque las raíces del problema que pretende solucionar se sitúan más en la dotación y funcionamiento de los servicios sanitarios y sociales —previstos en la Ley General de Sanidad, pero que no están funcionando en la medida en que estaban previstos— con equipos de salud mental, con atención y seguimiento intensivo domiciliario, servicios de apoyo social que ayuden a vivir en la comunidad en condiciones reales de ejercicio de derechos de ciudadanía e intervenciones complejas articuladas y sostenidas que combinen los fármacos con la psicoterapia, la rehabilitación, el apoyo personal y social en las dificultades cotidianas de la vida en la comunidad; programas que funcionan en la medida en que hay personal suficiente y suficientemente entrenado no solo para administrar los distintos tipos de tratamiento basados en la evidencia, sino también para algo tan importante como es comprometer al paciente en una alianza terapéutica a largo plazo, condición indispensable para que todo ese conjunto de tratamientos, que requieren mucho tiempo y mucha coordinación sostenida, puedan resultar realmente efectivos.

Me parece además que la regulación es insuficiente porque la autorización judicial por sí misma no resuel-

ve ninguno de estos problemas, ni siquiera en el único procedimiento terapéutico que pudiera administrarse de manera obligatoria, como serían los fármacos, y mucho menos en todos los que requieren algún tipo de implicación personal del paciente, muy distinto del que se pretende regular con el procedimiento que he podido leer. Por tanto, me temo que su aplicación generará frustración e impulsará a dar un paso más: la intervención de los mecanismos de coacción de los poderes públicos, no simplemente la autorización judicial, pasando de una autorización judicial a una imposición, a una orden de tratamiento. Por otra parte, además de no resolver el problema, la judicialización y su inevitable corolario de intervención de las fuerzas de seguridad si se quiere hacer efectiva una orden disfrazada de autorización tienen riesgos que no son en absoluto despreciables, fundamentalmente cuatro. Uno, el riesgo de refuerzo del estigma social, que está en la base de la mayoría de las barreras sociales a la integración de estas personas, que implica una normativa exclusivamente centrada en los problemas de las personas con enfermedad mental. Dos, lo que yo preveo que puede ser un incremento de confusión entre el papel de la Administración de justicia, las fuerzas de seguridad y la Administración sanitaria, confusión que ya se da en muchos casos de internamientos involuntarios, en los que en la práctica cotidiana se olvida con demasiada facilidad que la actual regulación legal del internamiento involuntario no buscaba imponer un tratamiento obligatorio, que es algo que se regula dentro de las intervenciones sanitarias, sino defender al paciente de privaciones de libertad no justificadas desde el punto de vista de su salud. En la práctica, y fruto del funcionamiento deficiente de los servicios, son muchas las ocasiones en que los profesionales de la justicia se encuentran con peticiones que no van en la línea de que autoricen un tratamiento, sino de que fuercen a hacer un tratamiento que el sistema sanitario en muchas ocasiones no realiza. Tres, este tipo de medida reforzará las dificultades para establecer una alianza terapéutica, indispensable para el tratamiento, incluso el farmacológico, pero mucho más para el conjunto de intervenciones psicosociales, que pueden permitir asegurar una razonable evolución de la situación clínica y la calidad de vida de estas personas, y, en último lugar, pero no menos importante, corre el riesgo de reforzar también la mala práctica, la inhibición y el desentendimiento de algunos profesionales, que pueden ver más cómodo recurrir al juez y a las fuerzas de seguridad que realizar el trabajo complejo, lento, pero a la larga efectivo, del convencimiento y la alianza con el paciente.

En conclusión, y termino —espero no haberme pasado del tiempo que tenía—, personalmente no me parece necesaria la ampliación de la regulación jurídica y mucho menos la ampliación del poder coercitivo de los poderes públicos, sino que lo que procedería sería hacer efectivas las disposiciones de la Ley General de Sanidad, desarrollando más y mejores servicios sanitarios y

de apoyo social, impulsando intervenciones globales, individualizadas y basadas en la evidencia, y reforzando mecanismos de intervención y apoyo continuado en la comunidad. Sin ese tipo de actuaciones, la regulación legal que se propone no sirve para nada y con ellas pierde su sentido, además de introducir confusiones y efectos negativos y contraproducentes. En mi opinión, no se debería modificar la ley, sino impulsar el cumplimiento de la Ley General de Sanidad estableciendo un marco común para las comunidades autónomas, para desarrollar tanto servicios sanitarios como de apoyo social, y, finalmente, se debería restringir el control judicial de intervenciones sanitarias involuntarias a los episodios que requieren hospitalización, considerando además la posibilidad de hacerlo en el marco del desarrollo de la Ley de Autonomía del Paciente, que me parece una disposición muy importante y de la que todavía no se han sacado todas las consecuencias.

Muchas gracias por escucharme durante este tiempo.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Tienen ahora la palabra los distintos portavoces de los grupos, empezando por don Miguel Ángel Martín Soledad, en nombre del Grupo Parlamentario Popular.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Estoy encantado de contar con la presencia del doctor López.

A lo largo de la mañana hemos escuchado distintas intervenciones, unas relativas al ámbito de la familia, que es donde se engloba, dentro del Cermi, la Asociación de Familiares de Enfermos Mentales, y otras desde perspectivas profesionales. Con la anterior compareciente yo he planteado focalizar el tema en el paciente, que es como tienen que ser las cosas: programas individuales de rehabilitación, programas individuales de tratamiento. Estamos analizando una modificación legislativa que realmente plantea debate entre profesionales, usuarios y familiares; es decir que si hay que hacerlo, habrá que hacerlo bien. La primera duda que se me plantea es saber si las posturas contrarias a la modificación normativa adolecen de posibilismo. Es decir, la creación de estructuras comunitarias de soporte al tratamiento comunitario de los pacientes mentales no es algo que aparezca de la mañana a la noche, sino que se necesitan un tiempo, unos profesionales, unos presupuestos, y desde un punto de vista posibilista llegar a la equidad territorial en el desarrollo de nuevas infraestructuras va a llevar bastante tiempo. Mi primera pregunta es la siguiente: ¿No estaría bien dotarnos de un instrumento que, aunque efectivamente puede tener efectos perversos, a lo mejor servía —lo ha dicho antes una interviniente— para generar sinergias de presión a la hora de la creación de estos recursos? Por otro lado, me cabe la duda de qué hacer hasta que se creen los recursos comunitarios con este pequeño porcentaje de pacientes con nula conciencia de enfermedad, con nula adherencia a los tratamientos. ¿Qué hacer con ellos? ¿De qué manera podemos intervenir? ¿Es más benefi-

cioso el internamiento involuntario que el tratamiento involuntario en la comunidad?

Cuando se hizo la modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil se posibilitaron los ingresos involuntarios. La casuística demuestra que la tendencia es a que cada vez haya menos ingresos involuntarios y más ingresos voluntarios. ¿Sería eso posible con la modificación de la norma de tratamiento ambulatorio involuntario? ¿Podría, como efecto perverso, producir una mayor adherencia a los tratamientos? Son dilemas para los que ni usted ni yo tenemos la respuesta porque estamos hablando de manera empírica, pero entiendo que a la hora de modificar algo tan importante como es la Ley de Enjuiciamiento Civil en el caso de presunción de incapacidad existe el riesgo de la estigmatización del enfermo, de la que todos hablamos y que, también hay que decirlo, la tiene el enfermo *per se* y no por las posibles acciones que se vayan a producir en el campo profesional o de la justicia. A lo mejor tenemos que buscar un punto intermedio entre lo posible y lo deseable, algún tipo de modificación de la norma, algún tipo de modificación hasta de la situación del ingreso involuntario de forma que se pudiera prolongar en el tiempo a ver si conseguimos, incluso fuera del hospital, la adherencia al tratamiento. Aquí es donde quiero preguntarle su opinión. ¿Cree que se podrían prolongar los tiempos de hospitalización más allá de la hospitalización de tal forma que fuera efectiva la incapacitación o la involuntariedad que produjo el ingreso?

Reitero mi agradecimiento y espero que entre todos demos un poquito de luz a un tema tan importante.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Por el Grupo Socialista tiene la palabra doña Pilar Grande.

La señora **GRANDE PESQUERO**: Yo tenía preparadas una serie de preguntas, pero tras la exposición del señor López Álvarez —no me atrevería a decir que tajante, pero sí clara—, muchas de estas preguntas quedan contestadas. De todos modos, por si quiere aclarar algún punto más, voy a hacérselas.

La primera pregunta es común a todos los comparecientes. Desde su experiencia, ¿cree que actualmente existe normativa legal suficiente para estas situaciones que se pretenden regular? Creo que ha contestado que sí, pero me gustaría que incidiera en un punto respecto a la Ley de Autonomía del Paciente, que, como bien ha dicho, está todavía por desarrollar, no en el texto, sino en la realidad, nos gustaría que nos hablara un poco de las instrucciones previas, no solo del artículo 9.2 b), sino, repito, de las instrucciones previas, algo que podría ser aplicable a muchos de los casos objetivos de esta norma que se pretende hacer.

Otra pregunta sería cuántos casos y de qué tipo opina que serían susceptibles de la aplicación de esta normativa que se propone. En su opinión, ¿a qué casos iría dirigida esta norma, si se aprobara? ¿Qué medidas cree

usted que podrían tutelar mejor los derechos de los pacientes, así como dirigir mejor su tratamiento hacia la integración social de los enfermos, que es el campo en el que usted está en este momento trabajando?

No me gustaría dejar de preguntarle por sus contactos con otras asociaciones, tanto a nivel nacional como internacional. ¿Cómo se valora internacionalmente y en otras comunidades autónomas la posibilidad de tratamiento no voluntario para las personas con trastornos psíquicos? Me refiero siempre al contacto de las asociaciones que trabajan con enfermos mentales, sobre todo en el área de la integración y la rehabilitación. ¿Han detectado la repercusión en los pacientes tras ser sometidos a un tratamiento o ingreso no voluntario? Cuando están trabajando con un paciente que tiene que ser sometido a un ingreso no voluntario, ¿cómo le repercute? ¿Qué encuentran de diferente con esos pacientes? Un poco en la línea de ahondar en esos efectos perversos, entre comillas, que usted decía.

Esta propuesta va encaminada al cumplimiento obligatorio de los tratamientos farmacológicos. Yo le preguntaría si realmente esto es así. ¿Esta medida solamente incidiría en el tratamiento farmacológico? Por su trabajo diario, ¿qué incidencia cree que tiene este tratamiento farmacológico dentro del tratamiento integral de un paciente con una enfermedad mental y en qué porcentaje sería responsable en su control, en su mejora y en su estabilidad el tratamiento rehabilitador, el tratamiento que le lleva a la integración?

Una última pregunta. En esta medida que estamos debatiendo se plantea una audiencia previa con el paciente. ¿Usted cree que en esa audiencia previa están salvaguardados los derechos individuales de libertad del paciente?

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Tiene la palabra de nuevo don Marcelino López Álvarez para que conteste y puntualice aquello que estime oportuno sobre las sugerencias que le han hecho los distintos grupos parlamentarios.

El señor **DIRECTOR DEL PROGRAMA DE LA FUNDACIÓN ANDALUZA DE INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL (FAISEM)** (López Álvarez): Es verdad que mi manera de hablar suena muy tajante. Yo querría ser claro, lo cual no significa que considere que tengo necesariamente la razón en todo lo que digo. Tengo mis razones para decir lo que digo, aunque evidentemente no son las únicas como se ha subrayado varias veces. Me parece bien que se plantee aquí porque hay un debate real en los distintos sectores de la sociedad en el que opinan de manera diferente usuarios, familiares y profesionales, pero también dentro de cada uno de esos colectivos se opina de manera distinta y eso justifica que estemos discutiendo aquí. Yo quiero pedir disculpas si a veces parece que tengo toda la verdad. No creo que tenga toda la

verdad, tengo mis razones y me gusta exponerlas de manera clara.

Me resulta difícil coincidir con el representante del Grupo Popular en el sentido de valorar que mi planteamiento sea posibilista y que quepan otras soluciones más inmediatas, no sé si provisionales —lo decía usted también—, como utilidad posible a la hora de plantear una presión sobre otro tipo de medidas. Si lo que yo digo es correcto, aunque puede ser que no lo sea, este tipo de medidas que regulan la autorización de tratamientos involuntarios sobre personas con enfermedad mental grave, si existen servicios sanitarios y sociales que funcionen de manera correcta, sobra. Si esos servicios funcionan como en otros lugares, con protocolos de seguimiento y con profesionales, como digo, sobra. No siempre tiene que ver que haya muchos recursos, aunque evidentemente hacen falta; a veces no es tanto un problema de más recursos a poner encima de la mesa cuanto de conseguir que los profesionales que trabajamos con los recursos que ya hay lo hagamos de una manera diferente, a veces porque no sabemos, a veces porque no queremos, a veces por muchas cosas distintas. Los servicios de salud mental que hay en muchas comunidades autónomas tendrían la posibilidad de intervenir en la comunidad, de hacer tratamientos domiciliarios porque hay personal de enfermería que no siempre está correctamente utilizado en los equipos. En algunas comunidades se han puesto en marcha programas con niveles de recursos que no son muy distintos. Hay una experiencia concreta, como comentó la anterior compareciente, en Cataluña; hay gente que está trabajando en Asturias, en Avilés, donde hay un equipo de seguimiento intensivo en la comunidad de personas con enfermedad mental grave. Esa minoría de personas que tienen dificultades de seguimiento y que no requieren más recursos que los que hay, requiere una organización diferente de los recursos. Es verdad que hacen falta más pero también hace falta trabajar de manera distinta, con protocolos de seguimiento y con una visión profesional que no signifique estar esperando a que la persona con una enfermedad mental grave venga a la consulta o a los servicios sanitarios como vamos el resto de los ciudadanos con otro tipo de problemas sino que significa capacidad para moverse y para actuar de manera asertiva sin obligar, intentando establecer un compromiso terapéutico con mayor insistencia de la que se hace. Eso puede ir creciendo, si fuese cierto que con los recursos que hay no se puede hacer nada más por atender mejor a las personas con enfermedad mental grave, tampoco veo que esta modificación legislativa nos ayude a mejorar esa situación. Sin cambiar esa estructura y el funcionamiento de los servicios la modificación por sí misma, me parece que no sirve para nada y me temo que generará consecuencias no deseadas, como en alguna medida está sucediendo en muchos casos con la regulación que hace la propia Ley de Enjuiciamiento Civil de los internamientos involuntarios. En Andalucía, venimos

celebrando desde hace 20 años jornadas sobre psiquiatría. El año pasado se celebraron las XI Jornadas sobre justicia y salud mental, donde participan profesionales del sistema sanitario, de la red de servicios sociales, de la Administración de Justicia, y es habitual escuchar a los jueces decir que mucha gente acude a pedir al juez algo que no está en la ley; no una autorización para un tratamiento sino que el juez ponga en marcha un mecanismo que obligue a que se haga un tratamiento que no se está haciendo. Esa confusión que yo decía (y me parece que la ampliación de la regulación a los tratamientos ambulatorios lo va a aumentar) es un reflejo de ese análisis que yo hago: si los servicios estuviesen como tendrían que estar y funcionasen como tendrían que funcionar, el papel del juez sería simplemente autorizar que alguien no hiciese un recurso a la hospitalización violando derechos individuales de un paciente si no están justificados por problemas de salud. Yo me temo que una regulación de este tipo, sin modificaciones en la estructura, funcionamiento y dotación de los servicios, va a servir para generar más confusión y más problemas. Puedo estar equivocado, pero es mi opinión después de haber analizado esta situación y de haberla discutido, entre otros, en las últimas jornadas de justicia y salud mental en Andalucía. Creo que no va a servir para mejorar nada; al revés, va a contribuir a generar más confusión, a introducir elementos de responsabilización en profesionales, en familiares y en el sistema sanitario y me parece que no serviría de nada. Por el contrario, si los recursos funcionan, si se hace que funcionen los servicios, como dice la Ley General de Sanidad, con tratamiento ambulatorio, domiciliario, con tratamiento en la comunidad y con servicios de apoyo social, la historia funciona mejor. Yo no veo que haya ahí un camino intermedio. Puedo estar equivocado, pero repito que no veo que haya un camino intermedio.

Usted decía, y creo que no es cierto, por lo menos según mi información, que hay una tendencia a disminuir los internamientos involuntarios. Hay un estudio que se está haciendo con distintos países de la Unión Europea que intenta medir cómo se han desarrollado nuevas prácticas en los lugares donde se han hecho procesos de reforma psiquiátrica y no han sido capaces de detectar una tendencia clara en la evolución de los internamientos involuntarios en este país, entre otras cosas porque las estadísticas son muy deficientes. No hay datos seguros, continuados y rigurosos —por lo menos yo no los conozco— que permitan decir si la tendencia es a que aumentan o a que disminuyen. Tenemos análisis en sitios concretos y ahí interviene otro elemento que también tiene que ver con algunas de las preguntas que usted hacía. ¿Cómo puede funcionar esto? Depende. Es muy relativo al contexto de funcionamiento de los servicios con los que se cuenta.

En algunos casos, donde los servicios funcionan bien, sin necesidad de ninguna regulación legal del tratamiento ambulatorio, disminuyen los ingresos involuntarios y disminuyen las incapacitaciones, porque se pueden esta-

blecer compromisos terapéuticos con las personas con enfermedad mental sin que tenga que haber más regulación legal que la que establece la Ley de autonomía del paciente. La regulación que existe en otros casos, dependiendo de cómo funcionen los servicios, de cuáles son los que hay, de qué manera tengan de entender su intervención y de qué manera funcionen, puede afectar a muy poca gente o a mucha. Es decir, en aquellos lugares donde la tendencia de los profesionales, por llevarlo al extremo, sea a pensar que su función es estar sentados detrás de una mesa esperando que los pacientes vengan, lo que puede conseguir es que todo pase por el juez, porque en aquellos sitios donde los profesionales consideran que pueden ejercer su derecho como profesionales sanitarios y en el bien del paciente una actividad más activa de seguimiento intensivo y de atención en la comunidad y en el domicilio del paciente, a lo mejor esto no se va a aplicar nunca o en muy poquitos casos. Eso va a depender mucho y va a depender de algo que no está en la ley. Eso es lo que más me preocupa a mí y lo he planteado como eje central de mi exposición. El problema real existe y me parece que la modificación de la ley no incide de manera significativa en mejorarlo. Las cosas que lo pueden mejorar están fuera y, si se ponen en marcha, me da la impresión de que probablemente esto tiene poco utilidad.

Yendo a otras preguntas, hay una normativa legal razonablemente suficiente. Es verdad que la Ley de autonomía del paciente se debe desarrollar en la práctica, igual que la Ley General de Sanidad y me parece —me imagino que coincido con usted— que ese apartado de instrucciones previas puede jugar un papel importante en muchos niveles: en las incapacitaciones en las tutelas, en los tratamientos involuntarios, en la medida en que en muchos casos —no en todos— una enfermedad grave del tipo de la psicosis o la esquizofrenia aparece después de haber un periodo previo en el que la persona —no siempre— puede ejercer sus derechos o periodos en los cuales la sintomatología no es tan grave e impide a la persona tener una valoración de qué es lo que le interesaría o le gustaría, como nos pasa a todos. Yo creo que eso se debería regular.

El documento al que se refería también la compareciente anterior de la Asociación Andaluza Española de Neuropsiquiatría hace referencia —y yo lo decía al final de mi intervención— a que es posible que en el marco de la Ley de autonomía del paciente tenga sentido incluir incluso lo que viene en la Ley de Enjuiciamiento Civil sobre internamientos involuntarios. Ese podría ser un marco para regular muchas más cosas.

En cuanto a los casos, le he contestado. Tenemos cifras respecto al número de personas que tienen una enfermedad mental grave y son atendidas por los servicios sanitarios, pero no tenemos cifras que nos permitan decir cuántas de esas personas en estos momentos necesitarían algún tipo de intervención obligatoria en algún momento de la evolución de su enfermedad, porque eso depende de muchos aspectos que tienen que

ver con ellos, pero que tienen también que ver con lo que decía antes, con el contexto y no con los servicios y su funcionamiento.

Respecto a qué medidas podrían adoptarse de forma que protegiesen mejor el derecho a la salud de estas personas y también su derecho a una calidad de vida y a ejercer su vida como ciudadanos y ciudadanas de este país, tanto de ellos como de sus familias, fundamentalmente se sitúan en el ámbito de los servicios. Se sitúan —lo comentaba también la compareciente anterior— en la necesidad de más y mejores servicios sanitarios sobre todo de apoyo social. Con la adherencia al tratamiento farmacológico, tenemos más de mil personas viviendo en estructuras residenciales de distinto tipo que dependen de la Fundación andaluza para la integración social del enfermo mental. Casi un 20 por ciento de las personas que venían al programa residencial no tomaban medicación, aunque estaba prescrita cuando venían y pasado un año la toman, es decir, no se obliga a la gente a que la tome, pero es mucho más fácil establecer ese acuerdo con las personas cuando se convive con ellas y cuando se les apoya en la vida cotidiana. Aparte de los servicios, se necesitan protocolos de intervención del tipo de los programas de atención comunitaria para personas con trastorno mental grave. En Andalucía se está trabajando sobre un protocolo asistencial de trastorno mental severo, que define cuáles son las intervenciones que son necesarias y a quién corresponde ponerlas en marcha desde el sistema sanitario, sin intervención de la Administración de Justicia. Me parece que son el procedimiento que mejor puede asegurar la protección de derechos, entre ellos el de la salud, de estas personas.

Respecto a la situación internacional, tampoco conozco al detalle la situación en todos los países. Yo soy asesor de la Organización Mundial de la Salud y llevo trabajando desde hace tiempo en programas de cooperación con distintos países, fundamentalmente en el ámbito de América Latina y participo en un grupo de trabajo de la Oficina Regional Europa de la OMS sobre la lucha contra el estigma y la discriminación. La información que yo tengo, que no pretende ser exhaustiva, es que hay de todo. Hay lugares donde están regulados tratamientos ambulatorios obligatorios y hay lugares, como la mayoría de los países desarrollados de la Unión Europea, donde con o sin regulación de tratamientos involuntarios, que no es en la mayoría de los países, hay programas de seguimiento intensivo en la comunidad y programas de apoyo social, que funcionan con y sin regulación del tratamiento involuntario. Y luego está la última publicación de la Organización Mundial de la Salud, en la que aparecen recomendaciones sobre la organización de servicios de salud mental. La revisión que hace del tema sobre la regulación legal de tratamientos involuntarios ambulatorios no es concluyente, parece demostrar que no hay una evidencia real de que ese tratamiento asegure una mejor atención de las personas con enfermedad mental grave, como sí

la hay de que los servicios sanitarios adecuados y los servicios de apoyo social sí la garantizan.

En cuanto a la repercusión del ingreso no voluntario en la adherencia al tratamiento de las personas, insisto en lo mismo. Yo trabajé como clínico antes de dedicarme a tareas administrativas, llevo bastante tiempo trabajando en el marco de la organización y la gestión de servicios sanitarios, de apoyo social y tengo la experiencia de los compañeros que trabajan en la clínica y el conversar con las personas y debo señalar que un internamiento involuntario, que a veces es imprescindible porque no siempre las personas con enfermedad mental grave tienen capacidad para decidir por sí mismas sobre el tratamiento, sobre la situación en la que están, tiene una repercusión distinta cuando se hace en el marco de servicios omnicomprendivos que siguen, que trabajan coordinadamente y que aseguran un tratamiento a largo plazo, que cuando es una medida aislada en la que cuando ya el paciente se pone muy mal, aparece la policía, lo ingresan y vuelve a salir y se queda de nuevo sin nada. Vuelvo a incidir en lo mismo —siento ser repetitivo—, pero eso es lo que yo creo. El factor fundamental son los servicios, su funcionamiento y la garantía de las intervenciones correctas.

Por lo que se refiere a la última pregunta que usted me hacía, el tratamiento farmacológico es hoy imprescindible en la atención a una gran parte de las personas con enfermedad mental grave, probablemente a todas o casi todas en algún momento de su evolución aunque no siempre en todos los momentos y a lo largo de toda la evolución de las personas. Es verdad que tiene efectos secundarios, que los nuevos psicofármacos tienen algún efecto secundario menor, yo no estoy tan seguro de que sea tanto como dice la industria farmacéutica por las cosas que luego uno lee, por las publicaciones independientes y las quejas de los usuarios, pero es imprescindible. No hemos encontrado un procedimiento mejor ni probablemente lo vayamos a encontrar para resolver situaciones agudas, de sintomatología que distorsionan mucho el funcionamiento, la relación con los demás y que inciden en algo que usted decía también que es en el estigma. Yo no creo que solo el estigma dependa de los pacientes, también depende de características suyas, pero fundamentalmente es algo que hacemos los demás. Un buen tratamiento disminuye comportamientos que estigmatizan también a la persona. Hay un consenso profesional importante y nadie se atreve a negar que el tratamiento farmacológico sin algún tipo de psicoterapia o apoyo prolongado a largo plazo, sin psicoeducación, sin rehabilitación cognitiva, sin entrenamientos en habilidades sociales, sin apoyo continuado en la comunidad, intentando solucionar problemas de vivienda, de relación social, de empleo; sin apoyo y sostén a la familia, de psicoeducación a la familia sirve de poco. Sirve en un momento determinado, pero no asegura una buena evolución de las personas y redunda, si no se hace el resto de las cosas, en que haya un abandono cuando la persona se confronte con

los efectos secundarios que tiene. Todo redunda un poco en lo mismo. Siento ser repetitivo de nuevo, pero ese es mi planteamiento.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Antes de dar por finalizada la intervención, ¿alguno de los grupos que han intervenido quiere hacer alguna matización, rectificación o aclaración antes de prescindir de la elocuencia del compareciente? **(Pausa.)**

Don Marcelino López Álvarez, en nombre de la Comisión de Justicia de este Congreso le agradecemos su intervención documentada, precisa y no le quepa la menor duda de que será tenida en consideración por los asistentes a esta Comisión y los ponentes del proyecto. Muchísimas gracias.

Suspendemos la sesión durante tres minutos para continuarla inmediatamente. **(Pausa.)**

— **DEL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA (GINER UBAGO) (Número de expediente 219/000091.)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Señorías, reanudamos la sesión y concedemos la palabra al siguiente compareciente, don José Giner Ubago para que nos ilustre en su comparecencia.

El señor **PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE PSIQUIATRÍA Y CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA** (Giner Ubago): Voy a intentar ser concreto y no muy extenso porque les compadezco, aunque yo sea el compareciente, por la cantidad de tiempo que tienen que aguantar, aunque los que nos dedicamos a la docencia siempre intentamos ser breves pero al final somos todo menos breves.

En primer lugar, voy a hacer una declaración de principios. Estoy de acuerdo con esta propuesta de modificación de ley por tres motivos. Primero, porque es una herramienta que se le da al médico con todas las garantías procesales que conlleva porque va ayudar a un grupo de enfermos, concretamente enfermos mentales graves y crónicos aunque es cierto que son una minoría, al que la propia enfermedad les está provocando un gran deterioro y si no se les ayuda va a ocasionar un estigma y una caída en el vacío. Si no se ayuda a estos enfermos con un tratamiento mantenido, a pesar de ellos, van a caer en un ingreso tras otro, van a ingresar 10, 15 ó 20 veces durante el año. El porcentaje que se puede calcular es de un 15 a un 20 por ciento de ingresos de estos enfermos a lo largo del año. Este es el planteamiento de principio y para llegar a esta situación voy a manifestar mis razones.

La modificación que se plantea es incluir un apartado en el artículo 763 que recoge el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. El apartado

5 que se intenta añadir mantiene la misma estructura que el internamiento, no voluntario, con la misma estructura y defensa legal de una propuesta o indicación facultativa, con el informe forense, del ministerio fiscal, la audiencia al interesado y la autorización del tribunal. Tan solo se modifica que el informe que ha de establecer el sistema sanitario es de cada tres meses, mientras que el internamiento es mucho más extenso en el tiempo. Se mantiene la misma estructura que el internamiento y no se modifica en absoluto. Voy a dividir mi intervención desde tres puntos de vista para entender por qué hay que defender el tratamiento involuntario como una situación lógica y coherente que emana de ese ingreso no voluntario. Una, referente al sistema sanitario; otra, respecto al efecto terapéutico y una tercera, a la naturaleza de la enfermedad.

El sistema sanitario ha cambiado. El doctor López ya lo ha manifestado y sobre ello hay pocas palabras que añadir. La psiquiatría ha optado por un modelo comunitario. Ya no existe el centrismo, el manicomio sino que hay un sistema sanitario que ha apostado por el modelo comunitario. Esto significa que mientras antes el enfermo mental ingresaba en el manicomio, y por tanto había un sistema custodial donde el enfermo perdía prácticamente sus derechos y sus opciones, nos encontramos ahora con una situación en la que el enfermo está más cercano a la familia. Hay que tratar al enfermo dentro de la comunidad. Se ha desterrado el antiguo manicomio, con lo cual el enfermo está cerca de la familia y eso también ha llevado a una circunstancia muy clara: ha disminuido el número de camas y al enfermo se le trata en los centros de salud, en el hospital de día y en los centros de rehabilitación. A veces no se diferencia claramente lo que son servicios sociales de lo que son servicios sanitarios, sobre todo con el enfermo mental grave, que es una forma peculiar de hablar del esquizofrénico. No se tiene claro y eso pasa muchas veces en ciertos sitios cuando se quiere negar la enfermedad mental cuándo el enfermo está en rehabilitación, cuándo está en talleres protegidos, cuándo está en casas o pisos protegidos. No se tiene claro lo que son servicios sociales y sistemas sanitarios, como si el enfermo ya no fuese enfermo o hubiese dejado de serlo. No está clara nunca la diferencia entre lo que es apoyo social, servicios sociales y sistemas sanitarios. El problema es que el esquizofrénico o el enfermo mental grave, por desgracia, nunca deja de ser esquizofrénico, como el alcohólico, como el fumador que nunca deja de ser alcohólico o fumador. Yo he sido fumador y sé perfectamente que si fumo un cigarrillo dentro de cuatro meses volveré a fumar. He tenido un infarto y volveré a tenerlo. Son enfermedades que no se curan, que dejan huella. Los que tenemos miopía la tenemos y nunca dejaremos de ser miopes; llevaré gafas, me pondré lo que quiera que sea, pero nunca he dejado de serlo. Pasaré a los ex, como ex presidente o ex diputado, nunca deja uno de ser lo que es. Nos guste o no nos guste, llevaremos el ex detrás de o delante de,

pero nunca dejamos de serlo. Por tanto, esté en servicios sociales o esté donde esté, en Andalucía o fuera de Andalucía, seguirá siendo andaluz allá donde esté, aunque esté en Nueva York. Es algo que se lleva en la sangre, en los genes o donde sea, pero siempre se seguirá siendo. Y el esquizofrénico tiene esa característica, buena, mala o regular, como quieran llamarlo; lleva la enfermedad donde quiera que esté y siempre aparecerá la sintomatología. Le guste o no le guste, saldrá, lo que pasa es que como siempre hay niños guapos y niños feos. Hay enfermos bonitos que son los bonitos del mundo y esos se llevan todos los premios. Esos tienen talleres protegidos, tienen rehabilitación, figuran en la estadística porque cumplen y salen en todos los sitios. Sin embargo, hay esquizofrénicos que son feos y nadie los quiere. ¿Qué pasa con ellos? Que hay que obligarlos. Esos no aparecen en la estadística. Son ese porcentaje mínimo que nos toca a los que hacemos clínica. Esos son los feos y hay que obligarles a hacer las cosas. Sin embargo, no hay que obligarles por narices, no hay que mandarles a la policía, porque si se les manda a la policía por la fuerza para eso está el internamiento no voluntario. Esos no son objeto de esta modificación. Para eso están otras cosas. Ahí está el internamiento obligatorio se le quita la potestad o se les hace lo que se quiera. Para esos enfermos que son más feos, no tienen conciencia de enfermedad, está este tipo de ley; hablaremos más adelante qué enfermos son.

El sistema sanitario se ha abierto y, por tanto, no existen hospitales ahora. Nadie habla de hospitales, se habla de área hospitalaria y el área hospitalaria es mucho más abierta. En psiquiatría no se habla de internamiento, se habla de ingreso y el ingreso es entrar en la red, en el sistema. Se trata del equipo. Se habla del tratamiento continuado, el doctor López lo ha dicho. El tratamiento se hace antes de ingresar y se hace después de ingresar. Cuando el enfermo ingresa en el hospital donde yo trabajo ya viene integrado y sigue tratado, por tanto, hay que tratarlo antes, en y después. Si tengo que tratar al enfermo de una forma no voluntaria ha empezado antes y sigue después. Consiguientemente, no es en el internamiento sino a lo largo de todo el proceso. Es un proceso terapéutico que empieza antes de ingresar y después de ingresar. Si queremos tener coherencia y hay que hacerlo no voluntariamente, hay que hacerlo antes y después. No es forzarlo, no es ir en contra de su voluntad, sino voluntariamente de alguna forma. No se puede forzar a nadie. Se puede forzar una vez, pero en contra de alguien es muy difícil tratar a nadie. Eso es una violación, va en contra de la ley y el juez no lo va a permitir nunca. Son medidas llamativas. Es como el hecho de que está la cámara ahí. Me llama la atención y me hace comportarme de una forma diferente. Es como la actitud que tenemos cuando vemos a un policía de tráfico y automáticamente levantamos el pie del acelerador. Pues esto es decir al enfermo: oye, que hay una autorización judicial por la cual tienes que tomar la medicación; simplemente recordar que tiene obligacio-

nes con respecto a la sociedad, que no puede hacer lo que le da la gana, que hay un sistema por el cual no puede hacer lo que le dé la gana, que su enfermedad tiene un límite, que su acción tiene un límite, que tiene obligaciones con respecto a su familia y con respecto a los demás, que no trabajamos en el aire, que él tiene obligaciones que cumplir y que, si no lo hace, entonces puede haber un internamiento no voluntario.

Por tanto, no se trata de mandar a la Policía ni a los GEO. Eso es exagerar, hacer demagogia barata, porque ni se utilizan los GEO ni se manda a la Policía ni nada de eso, que para eso están, en todo caso y en el peor de los casos, los tratamientos de ingreso no voluntario, y que yo sepa nunca entran los GEO y, si entran, habrán entrado una vez por imprudencia temeraria de quien quiera que sea. Eso no es, no son 23-F cada dos por tres, eso es absurdo, eso no lo utiliza ningún psiquiatra con dos dedos de frente, habría que tratar al psiquiatra, y eso lo dice alguien que no está en la clínica. Hombre, los psiquiatras también tienen derecho a estar locos, la locura es libre.

El sistema sanitario no es el hospital, es todo un sistema sanitario, por tanto el tratamiento no voluntario es todo el tratamiento a nivel general. Otra cosa que de alguna forma avala esto es que el avance terapéutico es muy amplio, actualmente hay un avance terapéutico que permite de alguna forma que esto se pueda realizar, hay tratamientos mucho más adecuados. Evidentemente no existen fármacos que curen a nadie, no existe ninguna panacea, no hay ningún tratamiento bueno, todos tienen sus inconvenientes, si hubiese un tratamiento que curase todo no estaríamos hablando de esto, no haría falta ley ni nada, estaríamos todos curados, nos tomaríamos nuestras pastillas y estaríamos todos buenos, pero no es así. Sin embargo, hay tratamientos suficientemente efectivos como para que la enfermedad pueda mejorar lo suficiente como para poder seguir: con mi infarto yo estoy aquí tirando para adelante, la vida sigue mejorando y estamos todos algo mejor. Son tratamientos que de alguna forma se pueden realizar durante catorce, veinte o veinticinco días, y por tanto se puede recordar al enfermo que tiene obligación de venir cada dos o tres semanas, como se le puede recordar que tiene obligación de pagar sus impuestos o de pagar la luz, como a todos nos tienen que recordar las cosas, como suena la alarma al despertarnos y nos recuerda la obligación que tenemos de levantarnos, sin coacciones. Por tanto, se le puede recordar, y ese tratamiento facilita que vaya a rehabilitación, a psicoterapia, a hacer otros tratamientos tan importantes como el farmacológico pero que sin el fármaco no puede realizar. No es farmacología exclusivamente pero, si al enfermo no se le recuerda esa farmacología, lo otro no lo hace. Es integrarlo, es ingresarlo, pero no hace falta ingresar al enfermo cada dos por tres, porque lógicamente, si la Policía o quien sea lo lleva al hospital, no hay forma de poder ingresarlo en la terapéutica ni de provocar adherencia ni ninguna situación de tratamiento, porque eso

sí provoca una ruptura continua, pero si al enfermo se le crea la obligación, como a los niños pequeños, que tienen que ir al colegio por narices, pues van, y eso lo consiguen los padres diciendo: es que tienes que ir. El niño dirá: no me gusta, no quiero ir. Claro que no, ni a mí tampoco, a nadie le gusta trabajar, ¿a quién le gusta trabajar? A nadie, pero es una obligación, y el padre se pone serio: como no vayas, te como. Nadie se come al hijo normalmente, aunque hay malos tratos, pero eso no es lo usual, pero el padre se pone serio, se pone un par de bigotes o lo que quiera que sea, se pone muy serio, pero no hace falta llegar a más, es un principio de autoridad que se pone en un momento dado, y ese principio de autoridad la familia lo necesita, el psiquiatra lo necesita de vez en cuando. Eso es lo que estamos pidiendo, una autoridad que de vez en cuando le falta a la familia o al padre, no más, a alguien que no tiene conciencia. En ese momento se instaura toda la situación. El avance terapéutico lo permite, y por eso se puede hacer. Si el avance terapéutico no lo permitiera, no haríamos nada.

Tercero, la naturaleza de la enfermedad. Si la enfermedad no fuese lo que es, tampoco haríamos nada. Si el enfermo tomase conciencia de la situación, si el enfermo fuese como Dios manda, un enfermo con conciencia de enfermedad, no haríamos nada, pero es que los seres humanos somos así, no solamente los enfermos psicóticos. Yo haría una pregunta: ¿quién de ustedes cumple la medicación como el médico le ha mandado? Le aseguro que nadie, nadie se toma las pastillas que le han mandado para la hipertensión, nadie se toma las pastillas que le han mandado para el colesterol, nadie se toma las pastillas. El que no se la tome ya lo sabe el médico y le manda más medicación de la cuenta, sabiendo que no la va a cumplir, pero el problema está en que el psicótico grave no se toma ni el 50 por ciento que consideramos que sería aceptable, no se toma ninguna, y de no tomarse ninguna durante tiempo el enfermo se pone mal, muy mal, y el problema es que eso provoca un gran deterioro cognitivo, un gran deterioro social, y de alguna baja, se encroniza, va deteriorándose de una forma progresiva y llega a situaciones lamentables: deja de lavarse, deja de vestirse, deja de afeitarse, deja de salir de su casa, se pone a fumar; y aquello es algo repugnante, inadmisible, invivible. Si eso es libertad, que venga quien quiera y que lo vea, y cuando alguien lo ve se da cuenta de que la libertad es todo menos eso, porque es algo absolutamente repugnante. Si eso hay que defenderlo es porque no lo ha visto en su puñetera vida, porque eso no tiene nada que ver con la libertad, viene con la negación del ser humano, porque es el deterioro, la negación del vivir, la negación del ser humano, se animaliza. Los antiguos, menos parcos en palabras democráticas, le llamaban embrutecimiento, vaciamiento, a eso a donde llegaba el enfermo mental. Nosotros le llamamos deterioro, síntomas negativos, por utilizar palabras más eufemistas. Ese es el deterioro cognitivo, el deterioro afectivo donde llega el enfermo,

que le digan lo que le digan le trae sin cuidado. Eso es lo que de alguna forma el tratamiento evita. Lo que hacemos con el tratamiento es evitar que el enfermo llegue a eso.

En consecuencia, si el internamiento está aprobado, porque es lógico, el internamiento no es voluntario, está aprobado en aquel tipo de enfermos que de alguna forma con su actitud se está autodestruyendo, no de forma directa, no como un suicido, sino como un progresivo deterioro de su propia enfermedad, el internamiento hay que realizarlo, bien ingresándolo o bien en el sistema sanitario donde esté. Es que ya no existe el hospital, apenas existe el hospital, existe una población como Sevilla que tiene un millón de habitantes con cien camas. La inmensa mayoría de los enfermos no están ingresados, no hace falta; el problema es tratarlos donde están de una forma no voluntaria cuando sea necesario y no esperar que haya una lista de camas, a veces hay cinco enfermos en habitaciones donde caben tres. Es absurdo que estemos esperando y —entre comillas— dar altas precipitadas para que vuelvan a ingresar, y vuelven a hacerlo. Hay que evitar esos ingresos tratando a los enfermos allá donde estén, evidentemente no en servicios sociales, sino donde estén los enfermos.

A los médicos no les gusta tener que utilizar al juez, no les gusta judicializar, no les gusta pedir ayuda. ¿A cuántos hombres —perdónenme, es una pregunta machista— les gusta preguntar la dirección cuando van a un sitio en coche? Al médico le gusta lo mismo pedirle ayuda al juez, lo mismo, por principio, es como preguntar la dirección, no le gusta, van a utilizarlo lo menos posible, pero hay un porcentaje de enfermos que no necesitan más que esa ayuda de buscar una autoridad externa para ponerle un tratamiento; pedir un día un 15 por ciento de reingresos, que se van a evitar, y por ayudar al enfermo esa indicación se va a hacer. No hay enfermo de hospital, sino del área. Es un continuo terapéutico. ¿Que a veces no existe porque no existen medidas? ¿Y yo qué culpa tengo? Entonces, ¿por qué en la cárcel no hay sitio se quitan los delitos? ¿Qué no hay sitio? Pues que se inventen, para eso está la Administración, es necesario. Si no hay medios, ya los buscaremos. Además, aunque no haya medios me da igual, es que es conveniente que siga habiéndolo. Aunque existieran todos y los mejores medios del mundo, el tratamiento no voluntario va a existir. Hay un porcentaje de enfermos que no van a aceptar su enfermedad y habrá que hacerles un tratamiento no voluntario. En el país utópico de medios, el tratamiento no voluntario va a existir, porque no existe la utopía de la no enfermedad. La enfermedad existe, la enfermedad del que no acepte el tratamiento va a existir. Por desgracia, voy a hacer tratamientos no voluntarios. Por desgracia, la enfermedad existe y, por tanto, tratamientos no voluntarios van a existir. Un 10 o un 15 por ciento de enfermos crónicos van a negar la enfermedad hasta el punto de no querer ser tratados y no tienen por qué ingresar.

No se trata de forzar, no se trata de violar a alguien ni de violentar a nadie. No es eso. Es como llevar al niño al colegio, es como recordar a nuestra pareja o nuestra pareja a nosotros que tenemos obligaciones, más allá de nuestros propios deseos a veces, de recordarle que tenemos nuestras obligaciones; no se trata de cogerla por el cuello ni de que nos cojan por el cuello. Es recordarle que tenemos que ir a ver a tu padre, aunque estemos en zapatillas viendo el partido del Real Madrid o del Betis, porque hemos quedado con tu padre o con mi padre. ¡Maldita la gracia que hace salir! Pero tenemos la obligación de salir. No se trata de geos, se trata de recordar. Y, por favor, recuerden que es un psicótico, pero no es una persona que no sepa que tiene sus responsabilidades de vez en cuando. Ni todo sano es sano el cien por cien de la vida ni todo cuerdo es cuerdo en el cien por cien de sus actos. Todos nosotros tenemos, de vez en cuando, un acto de locura, gracias a Dios o gracias a la naturaleza, perdónenme, no estoy haciendo actos religiosos o no religiosos. Ni todo loco es loco el cien por cien de sus actos, cualquier persona, por muy loca que esté, muchas veces actúa muy cuerdate. Cuando el Hospital Macarena se incendió hace mucho tiempo, los que reaccionaron más normal y más cuerdate fueron los enfermos mentales, que desalojaron sin ningún grito. Desalojaron el hospital de una forma cuerda, mientras que los demás enfermos iban gritando como histéricos. Ellos estaban acostumbrados a saber lo que es la muerte y lo que es la locura, y salieron muy cuerdate. Los de medicina salieron chillando. Que no se piense que un loco, porque esté loco en un momento dado, siempre actúa localmente. Cuando tienen obligación de hacerlo, lo hacen perfectamente. Eso no significa que no sigan hablando con Napoleón o con César. Bueno, Napoleón ya no existe para un loco, existen otras cosas; existen los políticos. **(Risas.)** A Napoleón no lo conocen, pero sí a los políticos. Cambian los personajes, no la estructura de la enfermedad.

Por favor, entiéndanme, un enfermo mental vive su mundo, religioso, político, de sabios. Es mucho más importante que el mundo vulgar que podamos tener ustedes o yo. No se conforman con ser diputados, por lo menos hace falta ser el que manda en todo el mundo o el que manda en todos los mundos. Un diputado es pequeñito, porque para ellos es un mundo intergaláctico. Y, ante un mundo intergaláctico, ser diputado de Andalucía o de España es pequeñito. En ese mundo, tan importante para ellos, si se les manda una pastilla, ellos dicen: no me mande una pastilla, no me quite usted esta fantasía, no quiero pastillas. Si me da la pastilla, me quita usted mi comunicación intergaláctica, me quita usted de hablar con mi gobernador de ultramundo; no quiero pastilla. Y hay que decirles: déjate de puñetas, te tomas la pastilla o te interno. Y dice: vale, ya me has jorobado, ya me has pinchado el teléfono. No lo entiende, le joroba, pero es como al niño: o vas al colegio o no ves el fútbol. Y dicen: ya me has jorobado el partido. No se trata de forzar, se trata de recordarle que por

encima de su juego, por encima de su fantasía, por encima de su enfermedad, hay un principio de autoridad. No más. El problema es que a veces negamos un hecho evidente: la locura existe aunque no nos guste y mi fantasía de todopoderoso no es real; existe una realidad por encima de todo: el enfermo mental necesita ayuda, aunque yo me tenga que pringar las manos pidiendo ayuda a terceros. No soy omnipotente, necesito ayuda, necesito ayuda de ustedes.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a dar un turno de intervención.

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

El señor **JANÉ I GUASCH**: En primer lugar, quiero agradecer al señor Giner su exposición y su comparecencia en esta Cámara, en el Congreso de los Diputados.

En esta vida todos tenemos una cuota de responsabilidad y la nuestra, la de los distintos grupos que estamos aquí, es legislar y hacerlo de la mejor manera que seamos capaces. Precisamente para legislar es por lo que hemos abierto estas comparecencias que creo, señor presidente, que han sido un acierto, porque nos aportan distintas visiones sobre una misma propuesta normativa. Al final, los que estamos aquí vamos a tener la difícil tarea de concretar en enmiendas o no las propuestas que están recogidas en una proposición de ley que presentó mi grupo parlamentario y que pensábamos que venía a dar respuesta a uno de los aspectos que el señor Ubago ha destacado: que esta norma puede ser una herramienta útil en determinados ámbitos no mayoritarios, pero que por desgracia se dan. Esto fue lo que motivó que mi grupo presentara la propuesta, pero evidentemente estamos abiertos a rectificar si es necesario, a presentar enmiendas y a buscar un texto que dé esa respuesta final que nos corresponde desde nuestra responsabilidad como legisladores. No le voy a hacer ninguna pregunta. He podido comprobar que su exposición va en la línea de la propuesta presentada y le agradezco su comparecencia.

Señor presidente, aprovecho para excusar mi presencia en esta Comisión en lo que queda de la sesión de hoy, porque sabe bien el presidente que cuando se acordó el día yo ya tenía compromisos de agenda y no estuve en la reunión en la que se fijó la fecha final. Por tanto, siento mucho perderme el resto de comparecencias que tendrán lugar hoy, pero sin duda tendremos el apoyo del «Diario de Sesiones» que ayudará a los legisladores a cumplir nuestra misión, que es actuar en este ámbito con la máxima responsabilidad y serenidad, pero haciendo una buena ley. Repito que agradezco sinceramente la comparecencia hoy aquí de quien tiene una experiencia en este ámbito como presidente que es de la Asociación Española de Psiquiatría y como catedrático de Psiquiatría en la Universidad de Sevilla.

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

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Bienvenido, doctor Giner. Gracias por esta exposición gráfica de lo que quizá el resto de comisionados podemos observar de las distintas maneras que hay, ha habido y posiblemente habrá en el futuro de interpretar la psiquiatría.

Doctor Giner, como decía mi antecesor en el uso de la palabra, con esa modificación normativa pretendemos mejorar la calidad de vida de los pacientes. Esta es nuestra obligación y tendría que ser nuestra devoción. Entiendo que el tratamiento ambulatorio involuntario puede ser una herramienta y la sometemos a debate en esta Comisión porque, como usted bien ha dicho, el esquizofrénico es, será esquizofrénico y se morirá esquizofrénico. El problema entre las concepciones de la psiquiatría que hemos visto a lo largo de esta mañana es la distinta manera de abordarlo. El psiquiatra que se dedica a psiquiatría comunitaria tiene una visión, yo mismo que me he dedicado a psiquiatría hospitalaria tengo otra visión y posiblemente usted como catedrático y como presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría tiene una visión muy similar a la mía. Nosotros en psiquiatría hospitalaria nos sentimos desanimados de ver con qué facilidad un enfermo que se le ha dado de alta, que ha hecho un ingreso involuntario, vuelve al cabo de quince días, de un mes o de dos meses, pero el reingreso en hospitalización psiquiátrica es una realidad y uno de los problemas más gordos que tiene la práctica hospitalaria psiquiátrica.

De todas formas, a mí me llama la atención sobre todo un tema que ha quedado un poco disperso en la intervención de los otros comparecientes. Existiendo un consenso sobre el artículo 9 de la Ley de autonomía del paciente, que en teoría posibilitaría el tratamiento ambulatorio involuntario en su párrafo b), no existe consenso a la hora de trasladar este apartado a la Ley de Enjuiciamiento Civil, cuando, posiblemente, si no se modifica la Ley de Enjuiciamiento Civil, el párrafo segundo del artículo 9 de la Ley de autonomía del paciente va a quedar sin el mecanismo práctico de aplicación. Quería pedirle su opinión acerca de si considera que estaría mejor recogido el tema de los internamientos involuntarios dentro de la Ley de autonomía del paciente o al revés, si estaría mejor recogido el tratamiento involuntario ambulatorio de los pacientes dentro de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Sé que a lo mejor le formulo una pregunta que es más jurídica que médica, pero es una duda que tengo y todavía no he encontrado a nadie que me la pueda aclarar. Por otro lado, lo que está clarísimo es que cualquiera, percibiendo la psiquiatría de la manera como la perciba, vamos a buscar el mismo objetivo. Lo que no tenemos que dejar de focalizar es el problema que se plantea a las familias, que son muchas veces víctimas indirectas de la enfermedad, como nos ha dicho la primera compareciente esta mañana. Creo que vale la pena valorar esas compa-

recencias, vale la pena ponderar si esta modificación legislativa va a solucionar el problema de los pacientes, no el problema de los psiquiatras ni de los trabajadores sociales ni del vecino del quinto, sino el problema del paciente o, por lo menos, va a ser un instrumento para solucionar los problemas de los pacientes. En este sentido, creo que las comparecencias de hoy serán ilustrativas para ayudarnos en nuestra labor de legislar. Le reitero nuestro agradecimiento.

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

La señora **VELASCO GARCÍA**: Bienvenido a esta Comisión, doctor Giner Ubago.

De sus afirmaciones a la hora de transmitir lo que usted percibe cada día con estos enfermos, porque yo creo que ha sido una exposición absolutamente gráfica de cómo siente usted esa relación con los enfermos, me va a permitir que haga algún tipo de reflexión y le planteé algunas dudas respecto a su exposición. A lo largo de esta mañana varios comparecientes se han manifestado a favor de esta modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil, otros se han manifestado en contra, usted mismo ha dicho claramente que es partidario de esta modificación, pero a la hora de desarrollar su exposición me ha dado la impresión de que lo que demandaba es ayuda para el médico en lo que es incapaz de resolver en su relación con el paciente. Me da la sensación de que todos tenemos clara una serie de consensos. ¿Qué pretendemos con esta modificación? Resolver la situación que todos sabemos que existe en un colectivo de enfermos con problemas mentales. También hay consenso en cuanto a que hay que resolver estos problemas, pero tiene que participar la familia que les cuida, por lo que hay que integrarla en ese problema y darle solución. Asimismo estamos de acuerdo en que no podemos mirar hacia otro lado y en que tenemos que utilizar todos los recursos o todos los modelos teóricos de la psiquiatría para instrumentar soluciones para este tipo de pacientes. También sabemos que hay soluciones para los pacientes con problemas mentales en tratamientos involuntarios para hospitalización.

Hay un disenso muy importante respecto a si judicializamos o no este tipo de medidas o la solución que tenemos que dar a los problemas de estos pacientes. Cuando hablábamos de la responsabilidad o de la relación que tiene que tener el profesional sanitario —no solo el médico psiquiatra sino también el médico de familia y el trabajador social— en el ámbito de la psiquiatría comunitaria nos preocupa que se esté trasladando la responsabilidad que esos profesionales tienen en el ámbito de su ejercicio profesional al juez. En la modificación que se pretende de la ley se dice que se dará audiencia al interesado, y me surgen dudas, porque hemos hablado de que el paciente que no asume su enfermedad y no quiere someterse a tratamiento voluntario pasa por fases de verdadera descoordinación y de

falta de responsabilidad sobre sus actos, por lo que me parece que es difícilmente aplicable que la audiencia al paciente dé las suficientes garantías a los derechos del mismo. Al decir que hay que someterlo y que hay que utilizar al juez como elemento intermediario en la relación entre el paciente y quien le trata —el médico en este caso—, lo único que estamos haciendo es interponiendo —y permítame que utilice terminología de teoría de la comunicación— un ruido en esa transferencia y contratransferencia que tiene que haber entre el paciente y el médico. Por otra parte, decimos que es necesario dar instrumentos al juez para que el enfermo pueda cumplir esos tratamientos, lo que es irreal, porque escenificando —usted lo ha hecho muy bien— cómo se sienten esos pacientes, dígame usted cómo puede un juez ordenar o convencer a un paciente de estas características para que siga un tratamiento si no puede convencerle su médico. Me parece muy difícil que un juez pueda convencer a un enfermo de estas características de algo de lo que es incapaz de convencerle su médico.

Ahora le formularé las preguntas. En primer lugar, ¿usted cree que realmente se resuelve el problema de este colectivo de pacientes con la modificación que se propone o más bien lo que hacemos es quitar la responsabilidad a médicos, familiares y otros profesionales de la salud? En segundo lugar, quería preguntarle si usted conoce el documento que nos ha remitido la Sociedad Española de Neuropsiquiatría y si comparte las observaciones que se hacen en el mismo. Querría que me aclarara si cuando usted hablaba de la tasa de reingresos, esa tasa se refiere al conjunto de pacientes que ingresan en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría de los hospitales o si está hablando de ese porcentaje de reingresos reducido a este grupo de pacientes en concreto.

El tratamiento farmacológico de estos pacientes es una parte de su terapia; la psicoterapia y otro tipo de terapias son factores fundamentales en el tratamiento. Usted, que aparte de practicar la psiquiatría, es teórico de la misma como profesor, ¿qué porcentaje cree que tiene el tratamiento farmacológico y qué porcentaje achaca usted a otro tipo de tratamientos en la terapia de este grupo de enfermos? Son las dudas que tenemos. No interprete mal mi forma de preguntarle. Lo más importante de estas comparecencias es aclarar determinado tipo de conceptos y, sobre todo, evitar tomar decisiones que puedan ser coercitivas para los pacientes y que puedan vulnerar los derechos fundamentales de la persona en este colectivo que necesita de tanta ayuda y de tanta protección.

Iba a hacer la pregunta sobre la Ley de autonomía del paciente y sobre el desarrollo de la Ley General de Sanidad, pero ya las ha formulado el portavoz del Partido Popular.

Como última reflexión, me sorprendió que no hiciera ninguna alusión a todo el dispositivo asistencial en el ámbito de la salud mental ni a las posibilidades que

otorga el desarrollo de la Ley General de Sanidad. No sé si no ha hecho ninguna alusión porque no confía en dicho dispositivo o simplemente porque cree que es insuficiente el desarrollo de la Ley General de Sanidad para abordar este tipo de problemas.

El señor **PRESIDENTE**: Para responder a las reflexiones y preguntas formuladas tiene la palabra don José Giner Ubago.

El señor **PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA** (Giner Ubago): Yo pienso que debe de estar en el Enjuiciamiento Civil, puesto que allí está el internamiento, y es un problema que no solo se va a dar en psiquiatría, sino que es algo que de alguna forma toca y debe estar protegido por el juez, puesto que el internamiento no solo va a ser referido a psiquiatría sino a cualquier tipo de especialidad, cirugía... Ahora mismo se refiere a psiquiatría, pero el internamiento involuntario puede referirse a cualquier tipo de internamiento. Entiendo que el tratamiento involuntario es la consecuencia lógica del internamiento. Por tanto, entiendo que de alguna forma es un apéndice más del artículo 763. El ingreso conlleva el tratamiento y debe estar, más que en la autonomía del paciente, en el Enjuiciamiento Civil. Otra cosa es la autonomía. Que tenga la protección del tribunal y lleve el visto bueno del forense y del fiscal me ofrece más garantía que cualquier otro tipo de actuación. No es judicializarlo, sino que todo lo que conlleve la más mínima coartación de la libertad del paciente debe tener siempre el marchamo del juez. Me aterra que el juez no intervenga, y no es judicializar. El juez debe estar enterado de cualquier situación que implique el más mínimo toque de la libertad del sujeto. Yo he trabajado en manicomios —manicomios manicomios—, en el hospital de Miraflores, allá por los años 1959-1960, y prefiero que sea el juez y no es judicializar—, como garantía de que las cosas estén bien pensadas. Ya que mi edad me permite haber trabajado en manicomios, prefiero tener la garantía absoluta de que en cualquier situación esté implicado el juez. Yo no he hecho nunca nada en contra de la libertad del sujeto, pero de alguna forma el juez es garantía.

Si no he hablado de los dispositivos asistenciales no es porque crea o no crea, sino porque las cosas cambian según donde se digan. Cuando hablas de los dispositivos asistenciales con unas personas en un sitio te dicen que van maravillosamente y cuando hablas con otras de otro sitio te dicen que no están creados. Por lo tanto, yo no sé muy bien dónde están los dispositivos asistenciales y de qué dispositivos asistenciales hablamos en nuestro país, porque en el País Vasco son unos, en Andalucía son otros, y depende de quién lo diga y dónde se diga. Yo, la verdad, no sé muy bien de qué dispositivos asistenciales estamos hablando. En Cataluña funcionan los hospitales psiquiátricos, en Andalucía

no funcionan, las camas de crónicos en el País Vasco funcionan y en Andalucía no funcionan. Así pues, hablar de dispositivos asistenciales es muy atrevido, porque ¿de qué dispositivos asistenciales hablo si no hay forma de saber cuáles son? ¿A quién se lo preguntan? ¿A los psiquiatras que trabajan o a la Administración? Cada uno da una cifra. Yo he intentado trabajar en este asunto y los números son diferentes según a quien se los pida. Le aseguro que no lo sabe nadie, porque cada uno da unas cifras diferentes. Yo no digo que tenga o no tenga fe, sino que las cifras son radicalmente diferentes. Yo he hecho talleres en Sevilla, donde invitaba a los responsables de salud mental de las diferentes comunidades, y, por ejemplo, Cataluña no mandaba al suyo porque estaba enfadado porque mandaba a otra persona. No hay forma de saberlo. Le aseguro que es muy difícil saber cuáles son las cifras reales o, por lo menos, no hay quien las dé.

Entro de la pregunta de fondo que usted me ha hecho. No se trata de judicializar o no judicializar. Hay un hecho. Yo parto del principio —con el que usted estará de acuerdo o no— de que la enfermedad mental grave, una forma eufemística de hablar de esquizofrenia, altera o modifica la libertad del enfermo. Incluso hay autores —por no politizar no daré nombres— que dicen que, esencialmente, altera la libertad del enfermo o, por lo menos, la modifica. El hecho es que el enfermo tiene su información alterada si está teniendo alucinaciones o ideas delirantes. Cuando alguien tiene su información equivocada, su libertad está tocada; la enfermedad altera la libertad. Por lo tanto, su libertad está alterada y también su capacidad de libertad y de decisión. Por ello, si tiene la libertad alterada y es necesario actuar sobre él, entiendo que si lo hago en contra de su libertad o coaccionando su libertad, necesito que el juez intervenga de una forma u otra. El juez interviene siempre con dos personas al lado: el fiscal y el forense. Este es, al igual que el equipo médico, el equipo del tribunal, con su médico de confianza y el fiscal. Por lo tanto, entiendo que debe actuar. No se trata de judicializar, sino que yo no me atrevo a hacer nada en contra de una persona si no actúa el juez, que es el que me da garantías de que no estoy secuestrando a la persona, porque, si no, el que secuestra soy yo, y yo no voy a secuestrarla. Por tanto, no judicializo ni le responsabilizo. Yo no intento que el juez convenza al enfermo, ¡por Dios bendito!, no es su misión; su misión es que me dé el visto bueno para que yo trabaje, porque entiendo que yo no puedo hacer una cosa en contra de la voluntad del enfermo, y como yo no he convencido al enfermo, le digo al juez: señor juez, tengo que actuar en contra de la voluntad del enfermo, ¿me da usted permiso? Él entonces viene a ratificar que el enfermo es un cabezota y con un cabezota, tiene usted razón, no se puede razonar: actúe usted como crea conveniente; por tanto, tengo que contar con su libertad. Entonces diré: hay que pincharlo, sujétele un poco que vamos a pincharlo, ya está. Pero yo no voy a coaccionar, y como

voy a actuar en contra de la voluntad del enfermo, pido permiso al señor juez para hacerlo. Yo no judicializo; simplemente, le pido permiso al señor juez para actuar en contra la libertad del enfermo, no pido su responsabilidad, sino el permiso, porque estoy actuando contra la voluntad de un tercero, y yo no me atrevería bajo ningún concepto a actuar en contra de su libertad. Es como si yo quisiera apagar la luz en esta sala; entonces pediría permiso para apagar la luz que me está molestando. En este caso, sería un problema de educación. En el caso que nos ocupa es actuar en contra de la libertad de alguien y por eso pido permiso al señor juez. No me quito responsabilidad, pues yo soy el que hago la indicación. Por lo tanto, mi responsabilidad está muy clara: es indicación del facultativo. Yo pido actuar, igual que si indico que la luz me está molestando y pido que se apague la luz; es mi responsabilidad, y luego se me dará permiso o no, pues a lo mejor no se puede apagar la luz. El juez solamente me está dando permiso para actuar en contra de la libertad del sujeto. Por tanto, yo no me irresponsabilizo bajo ningún concepto; es mi responsabilidad. Él me está permitiendo entrar en el problema del enfermo; por tanto, yo no creo que me esté irresponsabilizando bajo ningún concepto; es mi indicación. Él me está permitiendo actuar en un campo que atañe a la libertad de un tercero, bajo mi responsabilidad.

El documento de la AEN lo acabo de leer por encima y, bueno, vuelta a la situación de siempre. Lo paradójico es que cuando la AEN con gran peso hizo la reforma psiquiátrica, se basó en la defensa de la psiquiatría comunitaria, la hizo sin ningún medio. Se llevó a cabo la ruptura del hospital psiquiátrico sin ningún medio asistencial en ese momento. Una de las cosas básicas que dice el documento de la AEN es que no vale porque no hay ningún medio asistencial que dé soporte. Lo he leído esta mañana un poco por encima. Otra de las cosas a que hace referencia es a la libertad del enfermo y a la peligrosidad. Con la libertad del enfermo ocurre lo mismo que con el ingreso voluntario: lo que se coarta es la libertad. Volvemos a la situación de la libertad, la libertad, la libertad. Es que no entiendo la libertad. La libertad para mí es la inexistencia de la enfermedad. No se puede decir que a una persona coja hay que dejarla coja porque es su estado libre mientras que tiene la fractura, no lo entiendo. Si una persona se ha fracturado la pierna y decirle que la libertad es dejarla con la fractura, yo no entiendo la libertad, no entiendo la libertad de dejarla en la enfermedad. Decir que no se debe hacer porque no hay medios asistenciales... Cuando yo propuse la reforma psiquiátrica no había medios y se hizo la reforma. No entiendo el documento de la AEN, es un contrasentido. Lo fundamental es un bloque de enfermos que son los que menos conciencia de enfermedad tienen, que son los más graves, que por desgracia existen y hay que ayudarlos. El porcentaje de enfermos, de reingreso, es sobre este grupo de enfermos, que son los de puerta giratoria y ese enfermo de

puerta giratoria es un 15 por ciento de los enfermos psicóticos graves, no sobre el total del enfermo psicótico, de un 15 por ciento de enfermos crónicos, no del total de ingresos de sala, el total de ingresos es de un 4 ó 5 por ciento, más o menos.

No sé si he contestado bien o quieren alguna aclaración. Por supuesto no intento judicializar la situación, en absoluto: Podrá seguir siendo responsabilidad del médico, porque es el que hace la indicación.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Alguna matización, rectificación o pregunta? (**Pausa.**)

Si no hay más intervenciones, le agradecemos a don José Giner Ubago su comparecencia, sin duda de gran utilidad para los trabajos de esta Comisión y suspendemos la sesión hasta las cuatro y media de la tarde.

Eran las dos y veinte minutos de la tarde.

Se reanuda la sesión a las cuatro y treinta y cinco minutos de la tarde.

— **DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DE OSAKIDETZA (IRUIN SANZ)**
(Número de expediente 219/000092.)

El señor **PRESIDENTE**: Se reanuda la sesión.

En nombre de toda la Comisión quiero agradecer la presencia entre nosotros de don Álvaro Iruin, responsable de atención psiquiátrica de Osakidetza, para informar sobre la proposición de ley de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Según los términos que hemos acordado en la sesión de la mañana, sin más preámbulos y dándole la bienvenida en nombre de todos, le cedo la palabra al señor Iruin.

EL RESPONSABLE DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DE OSAKIDETZA (Iruin Sanz): Antes de nada quiero agradecer, por lo menos en nombre de una parte de los psiquiatras del País Vasco, que nos hayan invitado aquí a exponer lo que hemos hecho allí y lo que entendemos que se podría hacer y, por otra parte, que un tema tan delicado como este se esté tratando en un foro tan interesante como este.

Realmente, cuando me llamaron para venir aquí mi duda era qué contar, porque con todos los comparecientes que estamos convocados se habrán expuesto o se van a exponer probablemente todas las posiciones casi filosóficas o metafísicas sobre el asunto. Me pareció que lo más interesante era que contase la experiencia concreta de lo que hemos hecho a lo largo de estos años en una zona del País Vasco, nunca he entendido si sobre la legalidad o bajo la legalidad, pero lo hemos estado haciendo; por tanto es la parte más interesante de lo que yo les puedo contar. Si les parece les voy a exponer simplemente cuatro datos de cómo está organizada la

asistencia psiquiátrica allí para situarnos un poquito en los recursos y en los medios que tenemos y luego les pasaré a contar en concreto lo que nos ha reunido hoy aquí. Sin duda, no podemos perder de vista que el objetivo principal para todos, y por supuesto para los psiquiatras también (lo digo porque a veces en algunos foros se cuestiona que los psiquiatras pensemos por el bien de los pacientes, esto es algo que hemos tenido que oír), es el tratamiento del paciente en su propio entorno y a poder ser de una manera continuada. Esto es así no porque lo digamos nosotros, sino porque realmente era el objetivo principal (o así lo entendemos) de la reforma psiquiátrica por los años 80, cuando se señala que deberíamos prescindir en la medida de lo posible de los hospitales psiquiátricos como medidas asilares y tender a tratar a los pacientes en su medio. Desde ahí con más o menos intensidad y con más o menos rapidez cada comunidad autónoma ha hecho lo que ha podido en adecuar los recursos que tenía a la realidad que se nos pedía.

En el País Vasco en concreto la reforma psiquiátrica parte del año 1983, que es cuando se elabora el primer plan de asistencia psiquiátrica, a partir de unos recursos muy pequeñitos, como en todas las comunidades, entiendo yo, que dependían de diferentes instancias, desde las diputaciones hasta congregaciones hospitalarias sin ánimo de lucro que gestionaban diferentes hospitales manicomiales por decirlo de alguna manera; es en el año 1985 cuando todo esto se subsume dentro del Servicio Vasco de Salud y a partir de ahí se empieza a generar una gama de dispositivos y de recursos. Me parece interesante hablar de los recursos porque creo que tenemos una idea un tanto equívoca. La Comunidad Autónoma del País Vasco tiene recursos asistenciales en un nivel alto sin más, en comparación con las comunidades del entorno, y tiene un nivel alto tanto en lo que se refiere a recursos humanos (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y similares) como en lo que se refiere a estructuras (centros de día, hospitales de día, centros de salud mental, hospitales de agudos o de crónicos o de media) sin embargo, pese a todo esto, los clínicos de la comunidad (entre los cuales me incluyo, porque yo era clínico antes que gestor o como se quiera llamar) sí percibíamos algunas dificultades para el tratamiento de los pacientes que no dependían estrictamente de que tuviésemos más o menos recursos, sino de otro tipo de factores; uno de ellos, evidentemente el más importante, es la ausencia de enfermedad en las patologías mentales graves. Desde esa óptica también el incremento de recursos que se dio en el entorno de los años 90-92 no generó una mayor atención a las patologías más graves, quizás porque lo hicimos mal o porque no hay otra forma de hacerlo; realmente la presión social en cuanto a lo que se debe tratar desde el punto de vista psiquiátrico (creo que hay varias experiencias más o menos cercanas en el tiempo) han demostrado que quien menos protesta se va quedando en la cola de la atención; este es el caso de los enfermos

mentales más graves. Sin duda, los enfermos mentales más graves difícilmente protestan, difícilmente salen en ningún medio y difícilmente por esa vía van a conseguir recursos, con lo cual poco a poco los sistemas de salud mental de todas las comunidades (en esto hablo con conocimiento de causa, porque los responsables de todas las comunidades nos reunimos más o menos cada seis meses y exponemos los temas) tenemos el mismo problema, y es que el incremento de recursos ha ido destinado a una especie de masa (con perdón del término) de personas con sintomatología del espectro mental, por llamarlo de alguna manera, no estrictamente enfermos mentales, pero que sí consumen una cantidad considerable de recursos; cantidad de recursos que lógicamente se elimina de la asistencia tras patologías más graves. Por tanto, el tema de los recursos, siendo importante (no cabe duda que es mejor tener diez que uno), probablemente no sea la clave fundamental, tal y como yo lo entiendo por lo menos, para conseguir un tratamiento continuado en los casos más graves.

En esa situación de una disponibilidad de recursos aceptable (siempre pedimos más y siempre parece que sería mejor tener más) en el año 1997 más o menos empezamos a realizar una experiencia, con uno de los juzgados de San Sebastián en concreto, de judicialización ambulatoria o como quiera llamarse el término, es decir pacientes muy complejos con múltiples recaídas en los que ya se había visto que la instauración de un tratamiento farmacológico provocaba una buena respuesta; la respuesta de la enfermedad al tratamiento existía, no es que fuese una refractariedad al tratamiento, y sin embargo, en el momento en que eran dados de alta de un ingreso hospitalario fallaban en la toma continuada del tratamiento y volvían a ingresar en un corto periodo de tiempo. De manera que nos podíamos encontrar con pacientes que en el mismo año podían ingresar seis, siete veces y que a lo largo de su historia igual tenían 20 ó 30 ingresos hospitalarios de agudos. Todo ello con el estigma bien documentado, creo yo, a nivel de literatura, que generan las hospitalizaciones repetidas, cosa que no está documentada, o por lo menos yo no lo conozco, en el caso de los tratamientos ambulatorios. Empezamos una experiencia, de la cual he resumido unos datos desde el año 1997 hasta 2003, que eran los que me parecían realmente interesantes para aportar aquí, sobre qué tipología de pacientes, qué ha pasado con ellos y qué piensan los clínicos que les han atendido sobre este procedimiento.

Como no estábamos de acuerdo entre los psiquiatras, (tampoco entre los jueces y menos entre los psiquiatras y los jueces, que es lo que nos suele pasar habitualmente) pensamos que una manera de impulsar algo común podía ser organizar una jornada conjunta entre todos. De esta manera, en el año 2003 se organizó una jornada en Bilbao a la que asistieron profesionales sanitarios (a cada una de las organizaciones de servicios sanitarios psiquiátricos se les pidió que enviasen por lo menos dos o tres personas y lo mismo se les pidió a los juzga-

dos) con la idea de elaborar unas conclusiones para ver si podíamos establecer una mínima línea común de trabajo o de impulso y también con la idea de generar un mínimo protocolo de actuación, si esto llegase a ser posible, que luego sometiésemos a su vez a consideración de todos los clínicos de la red asistencial. Para eso, lo que hicimos fue enviar el protocolo a cada hospital y a cada organización de servicios, con una especie de orden (entre comillas) a las direcciones médicas y gerencias para que lo discutiesen en el seno de sus equipos y nos remitiesen luego las conclusiones, de manera que podríamos decir que las conclusiones de aquel protocolo fueron vistas o por lo menos oídas por todos los psiquiatras o profesionales psiquiátricos de la red. Lo que salió como conclusión de aquella reunión fue la conveniencia de intentar impulsar este tipo de medidas; por eso estoy yo aquí y por eso también hemos seguido aplicándolas en Guipúzcoa. ¿Por qué? Porque entendíamos que, a pesar de todos los medios que podíamos poner, había un porcentaje de pacientes (siempre muy pequeño, evidentemente) en el que estas medidas podían ser de utilidad. A lo largo de estos años han sido 45 los casos que hemos judicializado (voy a utilizar el término así para no liarne) con diferentes diagnósticos: un 60 por ciento más o menos eran esquizofrenias; un 10 por ciento más o menos, suplementario a ese 60 por ciento, eran trastornos bipolares (trastornos maniacodepresivos se llamaban antes) y luego había un porcentaje que tenía que ver con psicosis ligadas al consumo de tóxicos y/o a trastornos de personalidad, eso que se ha dado en llamar patología dual, entendiéndola cada uno como la podemos entender, es decir un doble diagnóstico. Esos pacientes fueron seguidos mediante un protocolo que se estableció con el juzgado correspondiente, que de alguna manera señalaba cuál era el procedimiento de notificación al paciente de que eso se iba a instaurar. Había una reunión previa con el paciente y sus familiares en la que se le notificaba que, dada la evolución de la historia, se había considerado conveniente el asunto para que el paciente o la familia pudiesen alegar lo que quisiesen. Había también unos criterios de inclusión necesarios que eran: evidentemente tener un diagnóstico de psicosis, tener una historia previa de ingresos múltiples en los cuales se había demostrado la efectividad del tratamiento y tener un cierto riesgo auto o heteroagresivo que realmente elevase, por decirlo así, la gravedad del cuadro. Con esos criterios se estableció el funcionamiento, pero es verdad que algunos pacientes no correspondieron exactamente a estos criterios, porque ya he dicho que había algunos con diagnósticos de psicosis tóxica o tóxicos asociados al diagnóstico de psicosis.

Lo que hemos visto después de este tiempo es bastante ilustrativo, y es que realmente el procedimiento ha funcionado en aquellos casos diagnosticados de psicosis, es decir de esquizofrenia o de trastorno bipolar, pero no ha funcionado para nada (creo que esto es inte-

resante a la hora de lo que estamos debatiendo aquí) en los casos en los que hay un consumo de tóxicos asociado, siendo el componente principal del diagnóstico, o en aquellos casos en los que el componente principal sea un trastorno de personalidad. Por tanto, creo que esto empieza a delimitar un poco mejor para qué podría servir o no un procedimiento de este tipo. Durante el tiempo que les hemos seguido, que son siete años, de esos 45 pacientes, 11 han necesitado reingresar. Si tenemos en cuenta que son pacientes que eran de puerta giratoria (entre comillas), que habían ingreso repetidas veces a lo largo de su historia, probablemente este sea un buen dato; es un buen dato que el 25 por ciento aproximadamente de los pacientes que hemos mantenido en tratamiento, que hemos vigilado durante siete años hayan necesitado el ingreso. Además el número de intervenciones judiciales que hicieron falta fueron muy pocas, a lo largo de esos siete años solo en 17 ocasiones hubo que intervenir judicialmente. A mí me parecen pocas veces; no sé lo que les parecerán a ustedes, pero a mí me parecen pocas veces.

Lo que más importa probablemente a la hora de describir si el sistema funciona o no es lo que piensan los clínicos y a ellos también les preguntamos qué pensaban sobre el procedimiento. La red de salud mental en Guipúzcoa, que es donde esto se hizo, tiene 14 centros de salud mental. Cada centro de salud mental abarca más o menos unos 50.000 ó 60.000 habitantes y cada centro de salud mental, también de media, tiene 2,5 psiquiatras, es decir hay unos 38 psiquiatras y unos veintitantos psicólogos más el personal de enfermería. Se les preguntó a ellos qué pensaban del procedimiento, evidentemente a los que habían intervenido en estos 45 casos. Yo creo que hay algunas conclusiones claras. La primera es la que les decía antes, que el sistema sólo funciona con psicosis, y eso es muy importante señalarlo. La segunda es que no siendo la panacea de nada sí había servido para que a muchos pacientes se les pudiese introducir en recursos terapéuticos existentes a los que antes no accedieron por negativa, con lo cual el aprovechamiento de hospitales de día, centros de día, unidades de rehabilitación y cualquier otro esquema que podamos instaurar realmente habían tenido esa facilitación, por decirlo así, y muchos de ellos se habían incorporado también al medio sociolaboral. Las dos conclusiones eran importantes; por tanto, la conclusión final era que aunque sea para poco para algo servía. Desde esa óptica de aunque sea para un porcentaje pequeño (fíjense si estamos hablando de 45 pacientes en siete años y al año se ven 20.000 ó 21.000, con lo cual el porcentaje es bajísimo), parecía que en los casos más graves podía servir. El contrapunto a esta medida sin duda viene en el tema de los recursos y de si estos resultados no se conseguirían también con la instauración de programas de seguimiento intensivo, programas de tratamiento de casos, o de gestión de casos, o de tratamiento asertivo comunitario, que son los programas que están en boga.

Realmente el Servicio Catalán de Salud mediante una beca FIS en el año 1993 publicó una guía para el tratamiento de la esquizofrenia y allí señalaba estos programas como una vía evidente de desarrollo y además no tengo nada que decir en contra, faltaría más; sin embargo, los programas eran de mayor aplicación en aquellos individuos con patología crónica estable o estabilizada. Yo no estoy hablando de esta tipología. En último lugar además esta medida y el tratamiento por gestión de casos tendrían bastantes puntos en común, porque en definitiva aquí lo que estamos diciendo en el fondo es que a estos pacientes por estar más graves y con mayores dificultades de funcionamiento, les vamos a someter a un tratamiento más intensivo, es decir les vamos a poner un gestor del caso que realmente se va a dedicar a seguir su evolución y a intervenir en cuanto la evolución falle. Les vamos a procurar (este es el acuerdo por lo menos en Guipúzcoa con el juzgado) un trato preferente a la hora de citarles, de manera que no van a tener que esperar las potenciales listas de espera que hubiese en algún momento. Además vamos a establecer con el juez dónde va a ser seguido, con qué intensidad, con qué frecuencia y qué tipo de intervenciones vamos a hacer también con la familia, puesto que ella también forma importante del proceso como ya se habrá dicho cincuenta veces. Realmente los aspectos de psicoeducación sin duda tienen mucho interés. De manera que no vería yo tantas diferencias ni en la intención final ni el formato intermedio, más allá de que en una exista la intervención judicial o no, porque lo que se pretende en definitiva es lo mismo. Si abogamos de alguna manera por que la intervención judicial esté ahí es porque desde el concepto biopsicosocial de la enfermedad todas las entidades y todas las partes de la sociedad estamos implicadas en que los pacientes más graves tengan el mejor tratamiento posible, sabiendo que probablemente la recuperación será parcial. Desde ese punto de vista es desde el que hemos trabajado y desde el que yo me atrevo a sostener el hecho de que la medida podría ser de utilidad.

Siempre hago una referencia a una medida ya existente que en cambio creo que no es de utilidad en algunos casos (esto siempre es relativo), como es la de las penas alternativas. En el cumplimiento alternativo de penas nosotros como psiquiatras nos encontramos con personas que muchas veces no son pacientes, pero que acceden a nuestros servicios y que debemos controlar y curiosamente aquí cuando estamos hablando de pacientes graves que nosotros sabemos que debemos controlar y que queremos asumir además el control, a veces nos encontramos con medidas parciales para poder hacerlo, resultando que nuestra única posibilidad es someterles a un ingreso involuntario, a otro, a otro y a otro. De alguna manera, desde esa óptica de si podemos ingresarles por qué no vamos a poder no ingresarles es desde donde apostamos por esta vía.

El señor **PRESIDENTE**: ¿Grupos que desean intervenir? (**Pausa.**)

Por el Grupo Parlamentario de Izquierda Verde-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: En primer lugar quiero agradecer su comparecencia y también hacerle algunas preguntas.

Partimos de la existencia de un sistema de servicios de salud mental bastante avanzado; no es esa la situación del conjunto del Estado. Lo es del País Vasco, de Asturias, de algunas comunidades autónomas con un fuerte sistema de salud, y de salud mental en particular, con una reforma de la salud mental muy avanzada; sin embargo, eso no existe en la mayor parte del Estado, donde permanece el sistema anterior, el sistema asilar, y por otra parte el sistema ambulatorio es muy deficiente. En ese sentido, mi primera pregunta es: Hasta qué punto esa medida, que es útil en un sistema ya desarrollado, puede ser igualmente útil en un sistema donde tanto la atención hospitalaria de agudos como la atención ambulatoria deja bastante que desear, y cuáles podrían ser los efectos contraproducentes de la aplicación de este sistema en esas condiciones de ausencia o de deficiencia de red sanitaria o de red de salud mental.

Otra pregunta tiene que ver con los tratamientos alternativos, con las posibilidades alternativas a que ha hecho referencia. Alguna de ellas la conozco: Avilés, tratamientos asertivos, en ese caso. La impresión, una impresión en este caso muy empírica, es que la utilidad puede ser similar sin necesidad de utilizar un mecanismo como es ante el que estamos, un mecanismo de judicialización, modificación legal, cuando venimos además de un tipo de medidas legales para los pacientes mentales en las que primaba más una mal entendida protección de la sociedad que el reconocimiento de los derechos de los pacientes con enfermedad mental. Creo que hay algunas experiencias de seguimiento continuado intensivo de los pacientes con enfermedad mental grave, en este caso psicóticos (no solamente psicóticos crónicos sino también nuevos psicóticos; hay una experiencia concreta en nuevos psicóticos, que es quizás donde nos encontramos con las principales dificultades de reingresos y de mal control del tratamiento); sin embargo, a mí me gustaría saber también qué conocimiento tiene de la eficacia de esas medidas. En todo caso, son estas dos las únicas preguntas que me sugiere su intervención.

Le agradecemos su comparecencia, consideramos que puede ser útil. Digamos que los datos demuestran su utilidad en un ámbito concreto, con una red muy avanzada de salud mental, pero en mi opinión deberíamos ser cuidadosos con respecto a una medida que tiene impacto legal y que además se produce en un sistema de salud mental absolutamente asimétrico, como es el del conjunto del Estado.

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

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Señor Iruin, sabe que nuestro grupo fue peticionario de su comparecencia, junto con el grupo mayoritario en esta Cámara, porque conocíamos la jornada a la que usted se ha referido celebrada en Bilbao y también otra celebrada en Barcelona en el ámbito de lo que es el Consejo General del Poder Judicial. A la hora de tomar en consideración esta iniciativa a nosotros nos pareció importante, pero a la vez nos planteábamos en qué medida estaban en juego los medios, lo que el sistema sanitario puede poner a disposición de estas ciertas patologías, que es a lo que se ha referido el portavoz de Izquierda Unida cuando ha intervenido, y también lo referido a la salvaguarda de los derechos de los pacientes, es decir, a la voluntariedad. Creo que usted conoce, porque en alguna ocasión lo hemos comentado, que el texto que ahora existe respecto de los internamientos psiquiátricos fue redacción del Grupo Vasco y se hizo con ciertos miedos. Había una jurisprudencia constitucional y en relación con eso se articuló un sistema, sistema respecto del cual me gustaría nos hiciese alguna valoración. Supongo que no siempre funciona y por eso se ha instado a que se regulen también los tratamientos sobre la judicialización ambulatoria. Me gustaría saber cómo ha resultado lo anterior. Otra de las cuestiones que se ha suscitado, según he ido hablando con más sectores o hemos ido consultando posibles planteamientos en esta cuestión, es que el texto del precepto que proponíamos acotase en alguna medida casos a los que después se ha aplicado. Usted ha dicho que ha funcionado respecto de la psicosis. ¿Le parecería bien que lo acotásemos o a lo mejor eso nos cerraría excesivamente el camino? Hay que tener en cuenta que uno no cambia todos los días la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Hay una última cuestión. Quienes han comparecido esta mañana se han mostrado, algunos abiertamente opuestos a la medida y otros más partidarios tendentes a los entusiasmos, aunque creo que entusiasmo no hay en nadie, pero me queda la excesiva impresión de que pivota alrededor de unas voluntades, aparte de unos medios o de un cierto desarrollo de los sistemas sanitarios también de unas voluntades concretas de los profesionales que lo sirven, tanto en el ámbito de la sanidad como en el ámbito de la judicatura o incluso de la Fiscalía, puesto que se le da intervención en este procedimiento. En Guipúzcoa ahora, de no estar usted mismo, de no estar la magistrada concreta a la que nos hemos referido muchas veces, ¿se podría sostener este sistema o caería porque simplemente ha pivotado alrededor de unas profesionalidades que yo considero muy buenas, pero que quizá podrían no dar resultado? ¿En qué medida la elaboración de la norma nos iba a evitar estos problemas?

Son estas las cuestiones que quiero plantearle por el momento.

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

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Quiero agradecer la presencia del doctor Álvaro Iruin, y es más de agradecer sobre todo por el hecho de que es la primera persona en toda la jornada que presenta datos, experiencia, resultados. Además no son datos de un breve período de tiempo; estamos hablando de un período de siete años en un colectivo de pacientes muy específico, que normalmente queda fuera de los mecanismos de control ambulatorio que se hacen de manera habitual. Comparto con el doctor Iruin el principio de que quienes menos protestan son los que por desgracia menos recursos merecen.

Sentadas las bases del agradecimiento de su intervención, quiero hacer un pequeño esquema de cómo han funcionado las intervenciones hasta el momento presente, donde ya le digo que es el único que ha presentado datos concretos y números. En el tema de la protección de los presuntos incapaces muchas veces vamos de un extremo a otro; vamos desde el paternalismo puro y duro a una concepción donde no sabemos si los protegemos a ellos o nos protegemos a nosotros. Aquí hemos comentado, siendo solamente una sesión consultiva, que hay necesidad de hacer una normativa especial para un colectivo especial que existe, para que nadie quede fuera de las posibilidades terapéuticas de rehabilitación en el tratamiento psiquiátrico. En qué manera esto puede ser lesivo para los derechos individuales es una cuestión filosófica que todos nos planteamos y me parece que ninguno de nosotros tiene las ideas demasiado claras. Los que hemos estado interviniendo hasta el momento, menos una ilustre jurista del PNV, somos médicos de profesión en contacto con la psiquiatría. Yo querría saber su opinión sobre el beneficio de introducir dentro de la Ley de Enjuiciamiento Civil la modificación propuesta por Convergència i Unió, acotándola todavía más, para dar respuesta especial a situaciones especiales. Por otro lado, cuando esta mañana hablábamos sobre la Ley de Autonomía del Paciente y la Ley de Enjuiciamiento Civil discutíamos sobre dónde tendría que introducirse el articulado de las posibles reformas para hacer operativo este tratamiento especial para ese colectivo especial de pacientes. ¿Cuál es su opinión? ¿Cabría mejor dentro de la Ley de Enjuiciamiento Civil? Sé que es una pregunta más jurídica que médica, pero desde la praxis médica me gustaría saber dónde cree usted que debería incluirse por criterios operativos.

Durante la sobremesa he repasado un poco la legislación comparada con otros países y la verdad es que si es cierto que en la década de los 70 u 80 era una práctica que decía mucho de la praxis psiquiátrica de determinados países hoy, en el siglo XXI, parece que es una práctica que se está extendiendo a muchos países, muchos de ellos de nuestro entorno y donde existe legislación específica, como puede ser Italia, Alemania,

Francia o Inglaterra, quitando Estados Unidos, Nueva Zelanda y otros, donde me parece que tienen una experiencia bastante prolongada en el tiempo. Me gustaría que nos dijera qué puntos de similitud encuentra usted entre la casuística del País Vasco y la internacional.

El señor **PRESIDENTE**: En nombre del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Velasco.

La señora **VELASCO GARCÍA**: En primer lugar, quiero dar la bienvenida y agradecer la intervención del doctor Álvaro Iruin, que ha sido muy enriquecedora, puesto que trata de explicar una experiencia práctica, el protocolo que en Euskadi se ha definido respecto a este problema.

A lo largo de esta mañana, con la intervención de los comparecientes (partidarios unos de la modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil y otros no), no sé si nos hemos aclarado respecto a lo que queremos. Cada vez hay más confusión o más prevenciones por el miedo a equivocarnos a la hora de tomar una decisión. Es cierto (usted ha empezado su intervención hablando de la reforma psiquiátrica de nuestro país) que a partir de la misma se empezaron a garantizar derechos de unos pacientes que no los tenían y que se veían anulados desde todos los puntos de vista. Ahora tenemos un problema en el que todos estamos de acuerdo, un problema que afecta a un colectivo pequeño, no por ello menos importante, y para el que hemos de buscar una solución. Se trata de saber qué tipo de solución buscamos y dónde la encajamos. Usted decía en su intervención que no por más recursos se daba una proporcionalidad en los resultados de este tipo de pacientes. Yo estoy de acuerdo con esa afirmación, porque la gestión de los recursos es tan importante como tenerlos. También ha hecho referencia a la gestión de los casos y, por lo que leí del protocolo y por lo que usted ha dicho en su intervención, lo que se ha definido es la gestión de casos concretos; no en vano solo han sido 47 casos en siete años.

A mí se me ocurren algunas preguntas. Por su experiencia, el hecho de que la Ley de Enjuiciamiento Civil no esté modificada y hayan tenido que trabajar con la ley existente en este momento ¿les ha condicionado de alguna manera en el desarrollo del protocolo convenido? En segundo lugar, ¿cómo tiene lugar la conexión o relación entre el equipo sanitario que lleva al paciente y el juez? ¿Cuáles son las líneas de trabajo y en qué momentos concretos interviene el juez? Ha dicho que solo en 17 casos tuvo que intervenir el juez, por lo tanto ¿cuál es la metodología de trabajo habitual con el juez? A la hora de desarrollar el protocolo, por lo que hemos leído y por lo que usted ha expuesto, vemos que el juez actúa, pero ¿qué instrumentos tiene para que realmente sea eficaz la medida? Porque por más que el juez inste al paciente a acudir a la cita, si no está, ¿qué hace el

juez? ¿Manda a la policía? ¿Decreta un ingreso involuntario? ¿Qué es lo que hace?

Es cierto que usted no es jurista pero a la hora de la aplicación de este protocolo quizá habrá echado de menos algún tipo de legislación. Desde ese punto de vista, ¿a usted no le parece que el desarrollo de la Ley General de Sanidad, en cuanto a la cobertura de todos los recursos asistenciales disponibles, no podría limitar mucho la necesidad de esta modificación de la ley? La Ley de autonomía del paciente, desarrollada y aplicada, ¿no podría ser suficiente herramienta jurídica para, desde el punto de vista de la gestión, armonizar los intereses de los pacientes con el desarrollo del objetivo que pretendemos? Me parece que los profesionales sanitarios, frente a nuestras incapacidades, no podemos utilizar a los jueces para que resuelvan lo que nosotros no podemos resolver, porque por mi experiencia profesional sé que normalmente es el juez el que pide la opinión del profesional para tomar las decisiones o dictar los autos oportunos, por lo que yo creo que es una pescadilla que se muerde la cola y a lo mejor tenemos que reconocer que hay un problema al que hay que buscar una solución y que la solución a este problema viene de los servicios de la salud, del compromiso de los profesionales y de definir perfectamente cuáles son los derechos de los pacientes.

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

EL RESPONSABLE DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DE OSAKIDETZA (Iruin Sanz): Voy a ver si puedo contestar porque casi parece un examen de aspectos legislativos. Yo soy psiquiatra y gracias.

El señor Llamazares hablaba de las diferencias de los sistemas desarrollados y no desarrollados, por llamarlos de alguna manera, en cuanto a recursos, y si lo que puede ser útil en un sistema puede no serlo en otro. Hace nueve meses tuvimos una reunión los responsables de las comunidades autónomas en Toledo y yo expuse allí la evolución de la red de salud mental y la evolución en cuanto a diagnósticos y a atención que había supuesto en la red del País Vasco desarrollar el sistema. Los datos numéricos dicen que nuestra capacidad de introducir en el sistema de tratamiento pacientes psicóticos nuevos, entendidos como el paradigma de la gravedad sin especificar esquizofrenia o no, o lo que sea, se había mantenido constante desde el año 1990, que es desde donde yo tenía datos más o menos fiables del registro y desde donde se podía analizar, mientras que lo que se había multiplicado creo que por nueve o por diez era todo un grupo diagnóstico que nuestro sistema califica como neurosis, con todas las comillas, pero que en definitiva viene a recoger casos donde la definición de enfermedad es menos clara, donde los cuadros afortunadamente para ellos son más leves, lo que no quiere decir que no generen sufrimiento, y que

de alguna manera recogían un ámbito menos especializado, por lo menos tal y como yo entiendo ser especializado en un sistema sanitario. Para nosotros —así lo dice el Plan estratégico— ser especializado supone que debemos atender los casos más graves que la atención primaria no puede atender, sin embargo, en una confusión yo creo que en parte generada por nosotros mismos cuando empezamos a llamar salud mental a lo que era asistencia psiquiátrica y mezclamos los dos términos, empezamos a ver de todo, y en ese todo coge más peso lo que más hay en la sociedad, y lo que más hay van siendo no estrictamente enfermedades pero sí problemas que requieren una cierta atención, y eso es lo que nos encontrábamos. Quizá el beneficio de los sistemas menos desarrollados es aprender de eso y poder desarrollarlo en una línea mucho más concreta, que es de lo que yo les avisaba en esa ponencia, es decir, que no aumentemos recursos porque sí para parecer que somos muy desarrollados en recursos, sino que seleccionemos muy bien a qué los vamos a dedicar. Porque, luego, una vez hecho el montón, es mucho más difícil diferenciar, que es lo que me pasa a mí.

En cuanto a la necesidad de una red estructurada, es evidente. Pero creo que no son cosas incompatibles. Se puede avanzar por las dos vías. Por una, a una velocidad y por la otra, a otra. Si esperamos a que todas las comunidades puedan tener equipos de tratamiento de gestión de casos o del modelo que queramos, probablemente pasará, no un corto espacio de tiempo, sino mucho tiempo hasta que todas las comunidades autónomas tengan esto. Esta es mi opinión de lo que yo conozco. En ese sentido, no es incompatible una cosa con otra. Lo que sí es cierto es que habría que fijar muy bien el protocolo, tanto si tenemos pocos recursos como si tenemos muchos. Eso sí es necesario y, como siempre, definir muy bien la selección de pacientes.

En cuanto a la comparación con otras medidas que se han puesto en marcha en otras comunidades, me resulta difícil comparar esta medida de la cual solo yo tengo datos, porque solo nosotros hemos hecho algo, con las de otras comunidades de las que no tengo datos. Mi recuerdo del curso de Barcelona es una especie de disquisición filosófica sobre lo que yo pienso o sobre lo que el otro pensaba, cosa que no nos lleva a ningún sitio. No soy capaz de comparar. Es verdad que la literatura lo dice, y hay artículos en otros países que dicen que la aplicación de medidas de este tipo o la aplicación de medidas de involuntariedad como la que estamos hablando, dan prácticamente los mismos resultados. Es verdad que nosotros no les llamamos medidas de gestión de casos, pero también es verdad que al paciente se le somete a tratamiento intensivo. Es decir, el paciente va al hospital de día de 10 de la mañana a 5 de la tarde, come allí y se le ve todos los días. Por tanto, los dispositivos tienen personal facultativo, psiquiatras o psicólogos, todos los días, con lo que las posibles descompensaciones se ven en el momento. Nuestra tasa de trabajadores sociales, lo digo por aquello de la relación

con el medio y con el resto de recursos necesarios para la normalización de la vida, es también alta. Se sobreentiende que en el seguimiento del paciente y en su posible reinserción social podríamos hacer bastantes cosas y que el seguimiento sería bastante intensivo. Sin embargo, nos parecía que todavía había un número de casos que se nos escapaba de las manos. Es de esos de los que yo estoy hablando. No estoy sustituyendo un tratamiento intensivo ambulatorio o un tratamiento más intensivo ambulatorio por esto. Estoy complementando una cosa con la otra, o eso es lo que intentamos expresar. No sé si he contestado más o menos. Seguro que no.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Solo una cuestión. Me estoy refiriendo al tratamiento de la mochila, como se llama en términos vulgares, que no es el seguimiento ambulatorio, es la búsqueda de casos en su propio domicilio, el seguimiento del domicilio y la incorporación a otros mecanismos también.

EL RESPONSABLE DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DE OSAKIDETZA (Iruin Sanz): Dentro de toda la red existen terapeutas o monitores de psiquiatría que se dedican exclusivamente a un control y están localizados las 24 horas del día. Por eso digo que sí creo que tenemos alguna estructura, llamésmola como la llamemos, que queda definida como esto que se llama gestión de casos o tratamiento asertivo comunitario y que, pese a eso, habíamos percibido esa sensación, por lo menos entre los profesionales.

En cuanto a la pregunta de la señora Uría, sobre si funciona la regulación del ingreso hospitalario —así me lo he apuntado, no sé si es exactamente esa la pregunta— funciona en porcentaje. Eso nos pasa a todos. Dentro del ingreso hospitalario y lo que está ya regulado en la ley, me gustaría hacer mención a una unidad distinta que tenemos allí, porque sí aporta algún dato diferente. Es una unidad destinada exclusivamente a pacientes psicóticos refractarios, es decir, con una historia larga. Serían prácticamente los mismos en la definición, una psicosis con refractariedad al tratamiento de largos años de evolución, con tratamientos instaurados en dosis suficientes durante un tiempo suficiente también y que, pese a todo, funcionaban mal. Esta unidad está dotada, en cuanto a recursos humanos y espaciales, como ninguna otra unidad en el propio País Vasco y fuera, en lo que yo conozco por lo menos. Son esos mismos profesionales los que echan en falta este procedimiento en el seguimiento ambulatorio. Porque realmente todo el trabajo que allí se realiza durante el tiempo de estancia, que va de tres a seis meses de media, cuando sale fuera el paciente, ven que simplemente por no tomar el tratamiento farmacológico, uno de los primeros pilares o de los más fundamentales en cuanto al tratamiento de las psicosis, el trabajo se les destroza. En una unidad como esta, muy cara por la dotación que tiene, ver que con todo el trabajo que se ha hecho el paciente reingresa simplemente porque no

se controla el tratamiento a nivel ambulatorio y puede dejar de tomarlo, genera una cierta frustración. En realidad ese es el hueco que veíamos.

Preguntan si es solo para psicosis o no, y ahora mismo no soy capaz de decirlo. Yo cuento la experiencia y en ese sentido sí parece que sería ese el diagnóstico principal a la hora de actuar sobre estos casos. También es verdad que ahora mismo las psicosis tóxicas están mediatizadas por la cocaína; quizá en un futuro no lo estén por la cocaína; y lo estén por otra sustancia, con lo cual no sé si sería limitar demasiado el ámbito en función de una coyuntura, no sé si momentánea o del tiempo que nos dure.

También se interesan sobre si depende de voluntades personales. Es evidente, pero como tantas cosas. El hecho de solicitar una normativa precisamente ha sido para que no dependiese de voluntades personales. Yo personalmente he hecho muchos intentos —y mucha otra gente también— con diferentes estamentos a nivel judicial y también a nivel sanitario para intentar que esta medida tuviese un mayor ámbito de aplicación. En un primer momento esta medida solo se aplicaba después de un ingreso hospitalario agudo, y durante muchos años los de los centros de salud mental decíamos: ¿qué pasa, que lo tengo que ingresar para poder aplicarle la medida? Pues se la aplico directamente. Todas estas situaciones nos llevaron a tener que hablar con diferentes instancias y la verdad es que los resultados fueron bastante escasos; de ahí que probablemente se haya llegado aquí.

En cuanto a los beneficios o no de introducir la modificación en la ley y acotando más el ámbito, que es un poco lo mismo que estábamos diciendo, realmente no lo tengo claro. Lo único que sé es que efectivamente donde mejor funciona es con psicosis, en eso no tenemos ninguna duda; de hecho, cuando en nuestro protocolo hablábamos del criterio necesario nos referíamos a diagnóstico de psicosis, no decíamos nada más. En ese sentido me imagino que irá por esa línea.

Ley de Enjuiciamiento Civil o Ley 41/2002. Si quiere que le diga la verdad me da exactamente igual. No sé dónde encajaría mejor, probablemente esta medida es más discreta en la Ley 41/2002. En definitiva, los psiquiatras que ahora mismo ven pacientes —y yo mismo— lo único que quieren es no tener más trabas de las que ya tenemos al tratar pacientes graves. Dentro de eso, pónganla donde la tengan que poner, si la tienen que poner, que no lo tengo muy claro.

Comparación con otras legislaciones. Conozco poco, pero sí conozco el nuevo intento de ley de salud mental en Inglaterra. En muchas de ellas creo que se hace referencia a la violencia como factor a controlar. Nosotros en ningún momento estamos hablando de eso, partimos del hecho de que nuestros pacientes pueden ser violentos, como la sociedad misma, y en ese sentido no creemos que sea el ámbito en el que nos debemos fijar para establecer algo; nosotros solo nos fijamos en que son pacientes graves que con tratamiento ya han demostra-

do que irían bien. Pienso que no se trata de una ley de salud mental o como queramos llamarla, sino simplemente de adecuar lo que tengamos para que las cosas sean posibles. Esto me recuerda un poco a lo del reciente visado de antipsicóticos en el Ministerio de Sanidad. Decimos: Si a unos pacientes difíciles de por sí les ponemos un visado para que continúen el tratamiento, sería complicado. Afortunadamente no es así, pero todo entra en la razón, por decirlo de alguna manera. Al menos ese es mi criterio. Creo que aquí se trata de lo mismo, entra en lo razonable que si tenemos medidas para que un paciente esté mejor las podamos aplicar y si para eso hacen falta las diputaciones o los jueces o nosotros o todos juntos, nos tendremos que poner de acuerdo. Esa es un poco la perspectiva.

Preguntan si nos ha condicionado que la ley no esté modificada. Está claro, nos ha condicionado y por lo menos a mí me ha creado una sensación de no saber si estoy fuera o dentro de la ley, porque dependiendo del juez con el que hablaras se podía o no se podía hacer, eso hablando de algo que yo pensaba que tendría que estar meridianamente claro: se puede o no se puede, pero no a medias, y eso que mira que los psiquiatras siempre andamos a medias con todo. Yo creía que aquí sería más concreto el asunto. Nos ha condicionado mucho, entre otras cosas, porque hemos defendido voluntades personales y todos sabemos que eso funciona durante un tiempo, pero llega un momento, o ante un conflicto muy grave, que las voluntades personales también se suelen resquebrajar.

En cuanto a cómo trabajamos con el juez, pues lo dejamos escrito en el protocolo resultante de la jornada. Establecimos, primero, cómo se notificaba al paciente y a su familia, que lo hacía el juez, con un informe previo evidentemente bien documentado del psiquiatra tratante y que proponía la medida; el juez citaba a la familia y al paciente en el juzgado, lo sacábamos ya del ámbito sanitario, y le explicaba la medida o de lo que se estaba tratando; resultante de eso se establecía un protocolo en función de los criterios sanitarios que ya había enviado el terapeuta tratante, es decir, dónde se le iba a tratar, con qué frecuencia, cómo nos comprometíamos a que si necesitaba un ingreso a la salida del ingreso el trato fuese preferente para ser otra vez reincorporado al servicio extrahospitalario y cómo nos relacionábamos también con la familia para solventar posibles conflictos o dudas. Claro, la pregunta siguiente era: ¿y si no viene, qué hacemos? Como la mayoría de los pacientes fallan un porcentaje considerable de consultas, más o menos el 40 por ciento, en la literatura por lo menos, pensamos que estos también podían fallar. Entonces, si fallan una vez lo único que se hacía era poner en marcha un protocolo de llamada telefónica o visita domiciliaria para interesarse por si simplemente se había olvidado o estaba de vacaciones y se le volvía a citar al día siguiente o a la semana siguiente, en un plazo breve. Si volvía a fallar, entonces se volvía a llamar al domicilio, se hacía la visita domiciliaria si hacía

falta y en ese momento sí se le notificaba al juez tanto la segunda ausencia como el resultado de nuestra visita o nuestra llamada telefónica. En función de eso se le volvía a dar otra cita y si no es cuando el juez ya actuaba. De manera que dábamos un espacio de error posible o de voluntariedad de no ir, porque también a uno le puede no apetecer ir un día y sí al siguiente, que eso es algo que también nos pasa, sin necesidad de instaurar ninguna medida extra. Como solo lo hacemos con un juez, por ahora es fácil, porque como ella va todas las semanas al servicio de agudos del Hospital Donosti a revisar los casos que tiene allí bajo autorización judicial y yo trabajo en el mismo pasillo, como estás cerca te vas encontrando y comentas de forma rápida cómo van los casos; por tanto los problemas no han sido nunca excesivamente serios.

En cuanto a cómo se consigue que vaya a la cita, normalmente es con intervención de algún formato de policía sí es que la simple llamada del juez no sirve, aunque en la mayoría de los casos sirve la simple llamada del juez. Cuando hice intervenciones en crisis en psiquiatría a domicilio —esto es de mi época de clínico— yo lo que aprendí es que si detrás de mí había un señor vestido de rojo, el ertzaina o el policía correspondiente, el paciente desde luego respondía mucho mejor. Evidentemente, estoy hablando de pacientes graves, agitados, no estoy hablando de cualquier caso. Si iba yo solo al domicilio, podía salir yo malparado. Sin embargo, en cuanto había una figura de autoridad detrás, de alguna manera eso se controlaba algo, y yo creo que lo que el juez hace ahí es establecer esa figura de autoridad respecto al paciente, que muchas veces en su familia tampoco existe. Yo creo que esto es fundamental. En último caso, va con la policía, evidentemente sin uniforme, más o menos discretos. Tenemos un local habilitado en cada centro de salud mental para que la policía tenga visión del caso, si procede, sin necesidad de estar dentro del despacho. Es decir, son una serie de medidas que en su momento se acordaron por otros motivos pero que luego ha venido bien su utilización.

En cuanto a si podría ser suficiente la Ley 41/2002, pues quizá sí, pero realmente yo de leyes ya les digo que sé poco. Yo pienso que también sería un buen sitio, pero tan buen sitio como la Ley de Enjuiciamiento Civil. No sé distinguir realmente, por desconocimiento, por qué una tendría que estar en la LEC y la otra en la Ley 41/2002, realmente no lo sé. En cuanto a si estamos utilizando a los jueces para resolver problemas sanitarios, es que efectivamente ya lo hacemos, porque cuando ingresamos a alguien por orden judicial o por autorización judicial ya lo hacemos.

Un dato muy interesante en cuanto al porcentaje de ingresos hospitalarios agudos —es más o menos de lo que estamos hablando todo el rato— es el que nos proporciona Guipúzcoa, con una población de 700.000 habitantes, en donde solo el 10 por ciento de los ingresos —hay más o menos unos 1.300 al año— procede de la red de salud mental, es decir, la red de salud mental

no se dedica a ingresar pacientes, sino a tratarlos en su medio, que es para lo que se creó y para lo que nació. El 90 por ciento restante procede de iniciativas del propio paciente, de su familia, de vecinos, de amigos, de la policía, de los servicios sociales, de los ayuntamientos o del juez. Es decir, los sanitarios no estamos utilizando más allá de la propia sociedad los diferentes recursos que existen. Nosotros ingresamos a los pacientes normalmente sin autorización judicial, les convencemos. Para eso estamos a nivel extrahospitalario y solo en un porcentaje mínimo les ingresamos contra su criterio. Desde esa óptica, no creo que seamos unos hiperfrecuentadores de los servicios jurídicos ni muchísimo menos, porque para nosotros tampoco es bueno. Cuando yo ingreso a un paciente o le impongo un tratamiento, el malo soy yo, pero es que además yo le tengo que tratar, lo cual genera una doble dificultad. Cuando introducimos otra figura, la posibilidad de que el malo sea el juez, el cual no le tiene que tratar, con lo cual obtenemos una ventaja, es alta y de hecho es lo que pasa, lo que a mí como psiquiatra me facilita el tratamiento. No sé si lo usamos o no lo usamos, pero, si entre todos podemos hacerlo mejor, no le veo más inconveniente. El sida es un buen ejemplo de cómo se utiliza un sistema sanitario para controlar un problema social. En la época en que el sida se desarrolló y de alguna manera infectó a la sociedad y se convirtió en un problema social se instauraron medidas sanitarias de control. Hay un control sobre la positividad del VIH que realmente hacemos los sanitarios cuando no es un problema estrictamente nuestro, porque también podemos tener un paciente con sida que no se quiere tratar, como un cardiópata o un nefrópata, me da igual. En definitiva, no se trata de si usamos al otro o no, sino simplemente que el problema está ahí, afecta a todas las esferas sanitarias y sociales y de alguna manera, si podemos hacerlo mejor, lo hacemos sin más.

El señor **PRESIDENTE**: Señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Intervengo muy brevemente, señor presidente.

El doctor Iruin ha hecho alguna referencia fruto de cierta documentación que he manejado y que él mismo me facilitó cuando se lo consulté a la ministra de Sanidad y, puesto que nos encontramos en el seno de la Comisión de Justicia, no me gustaría dejar de preguntarle sobre los tratamientos aplicados a enfermos con diagnósticos psiquiátricos fruto del consumo de drogas o de su estancia en prisiones, es decir, los cumplimientos alternativos a las penas. Creo que causan un problema distinto y que ahí podríamos encontrarnos con un juez de lo penal que está vigilando el cumplimiento alternativo mientras que estamos solicitando la autorización judicial para un tratamiento distinto. Quisiera saber si han contemplado esto de alguna manera y si convendría tenerlo en cuenta a la hora de elaborar esta normativa.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Iruin.

EL RESPONSABLE DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DE OSAKIDETZA (Iruin Sanz): Lo hemos contemplado, pero, como se trata de ámbitos diferentes, uno es el ámbito civil y el otro el penal normalmente, esa diferencia siempre ha existido de entrada. Parece lógico, además. Para nosotros la diferencia es obvia. El sujeto que se nos envía en un porcentaje de los casos —siempre hablo de porcentaje de los casos— ni siquiera es un enfermo, un enfermo en el sentido de alguien dispuesto a tratarse, sino que simplemente es alguien que se está beneficiando de una forma alternativa de cumplir su pena. Eso, a la hora de establecer una relación terapéutica, genera numerosos problemas, más allá de que algunos puedan ser violentos o no y aquí la violencia además no se entiende como una enfermedad mental. Los psiquiatras estamos más o menos entrenados para manejar situaciones de agresividad de un enfermo mental, de un psicótico o de alguien por el estilo, pero desde luego no sabemos manejar las agresiones derivadas de una violencia gratuita, entre comillas, motivada muchas veces por rasgos de personalidad y de funcionamiento propio. Hemos intentado abrir otra vía con los servicios de reinserción y de orientación social al detenido —creo que se llaman así— para que de alguna manera nuestro papel sea más sanitario de lo que por el aluvión que hemos tenido ahora mismo estaba siendo. Hay unas 700 personas en cumplimiento de alternativas generando diferentes problemas. Los extrahospitalarios generan unos, pero también es verdad que hay casos en los que el juez dictamina que determinado paciente esté ingresado por un período de siete años en un hospital. Cuando como base de funcionamiento de la red de asistencia psiquiátrica estamos diciendo que debemos tender a eliminar las estancias hospitalarias prolongadas y tender a que el paciente vuelva a su medio, esto no deja de ser una especie de anacronismo total, pero es una situación distinta.

El señor **PRESIDENTE**: Agradecemos a don Álvaro Iruin su comparecencia, porque ha sido muy útil para los trabajos de la Comisión.

Como el siguiente compareciente está en la sala, suspendemos muy brevemente la sesión para despedirlo y a continuación la reanudaremos con don César Nombela. (Pausa. El señor vicepresidente, Galache Cortés, ocupa la Presidencia.)

— **DEL CATEDRÁTICO DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID** (Nombela Cano). (Número de expediente 219/000094.)

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Continuamos la sesión.

Comparece don César Nombela, quien tiene la palabra.

EL CATEDRÁTICO DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

(Nombela Cano): Señor presidente, señorías, para mí es un honor estar de nuevo, en una ocasión más, en una comisión parlamentaria y poder tener la oportunidad de aportar algún punto de vista en relación con esta propuesta de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos. Adelanto una opinión favorable a esta propuesta, y lo hago porque entiendo que la utilización de tratamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico en algunos casos puede ser necesario para facilitar la calidad de vida del paciente, así como su vida de relación. Yo no soy clínico, no tengo por tanto esa experiencia, mi mundo es el de la investigación, presidido el Comité asesor de ética en la investigación científica y técnica, pero creo la consideración de circunstancias como esta en que el progreso de la medicina y de la ciencia en general plantea situaciones nuevas merece ser tenido en cuenta y a veces debe determinar iniciativas de cambio de leyes.

Desde el punto de vista de los avances en farmacología, uno de los capítulos que mayores progresos ha podido registrar en los últimos 20 ó 25 años es precisamente la psicofarmacología. Otros campos de la medicina, como la neurología, en cuanto a terapias, no han registrado ni mucho menos los avances que en psicofarmacología, lo cual ha supuesto un cambio notable en la mentalidad con la que hay que enfocar los trastornos mentales en muchos tipos de enfermos. Cambian las expectativas del tratamiento de estas enfermedades, así como la calidad de vida y sus posibilidades de relación con la sociedad. Por eso no es de extrañar que el convenio sobre los derechos humanos y la biomedicina, el conocido como convenio de Oviedo, que España suscribió y facilitó que fuera en nuestro país donde se produjera la firma del mismo, promovido por el Consejo de Europa, preveía situaciones de intervención en problemas de enfermedades mentales, que estarían en una situación intermedia entre un enfermo absoluto y permanentemente incapacitado o un enfermo en pleno uso y dominio de sus facultades y de su capacidad de decisión y por tanto en pleno ejercicio de su autonomía, que es la que el convenio de Oviedo trata de proteger. De ahí que se proponga que la persona que sufra un trastorno mental grave solo podrá ser sometida sin su consentimiento a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno cuando la ausencia de ese tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley que comprendan procedimientos de supervisión y control. Esta prescripción del convenio de Oviedo abre una posibilidad legal de regular circunstancias de este tipo. Ciertamente, la impresión es que las circunstancias y la aplicación no estará exenta de dificultades prácticas a la hora de plantearlo. El interviniente anterior, en lo que he podido oír de su experiencia como clínico, así lo reflejaba.

Otros tipos de normas, como las directivas europeas de ensayos clínicos, no de tratamientos, que podían invocar alguna relación, también prevén circunstancias de este tipo en lo relativo a la investigación de medicamentos. La Directiva 2001/20 CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, establece y reconoce los casos de personas que no están en condiciones de dar su consentimiento, como por ejemplo las personas que padecen demencia, los pacientes psiquiátricos, etcétera, y prevé que se regule con precisión, con lógica y con exigencia la participación en ensayos clínicos. Ciertamente, una cosa son los ensayos clínicos y otra los tratamientos consolidados, pero en ocasiones las normas que se han desarrollado desde el punto de vista de la investigación de medicamentos y el desarrollo de ensayos clínicos pueden servir de pauta.

Sin duda, la normativa que aquí se propone de reforma de la Ley de Enjuiciamiento Civil —en caso de aprobarse esta iniciativa, tendría que crearse una normativa de referencia que trate de anticipar las situaciones en las que esta nueva norma tendrá que ser aplicada, la forma en que tendrá que hacerse y la manera más práctica y adecuada para su realización— no está exenta de dificultades. La primera que se me ocurre es el propio diagnóstico de las enfermedades mentales. Por ejemplo, la actual investigación en la determinación de genes y enfermedad y en la asociación de genes y enfermedad que se está llevando a cabo en todo el mundo para explotar de la forma más intensa el conocimiento del genoma humano, todo ese tipo de estudios que tratan de correlacionar historia médica e historia clínica en grandes cohortes de personas con padecimientos de enfermedades, no son iguales para aquellas enfermedades que tienen un diagnóstico por procedimientos bioquímicos y demás, que son inequívocos, que para las enfermedades mentales que aparecen como las más complejas y en las cuales a los clínicos que colaboran en este tipo de estudios se les pide el esfuerzo para hacer la mejor definición, la definición más clara de esas entidades, y los mejores procedimientos diagnósticos para que la correlación con los datos genéticos pueda establecerse con precisión. Sin duda, las enfermedades mentales serán las más problemáticas, y establecer qué personas son susceptibles de ese diagnóstico y establecer claramente la indicación que dé lugar a un tratamiento que pueda tenerse que aplicar sin su consentimiento en algunos momentos tendrá una dificultad especial y exigirá un esfuerzo por parte de los sanitarios y del sistema de salud para definirlo con claridad. A mí se me ocurre que en algunos casos podría tenerse que recurrir al criterio de dos facultativos para establecer esa propuesta. Lo digo simplemente como un planteamiento, para actuar con más precisión y rigor en ese tipo de tratamientos no voluntarios de personas con trastornos psíquicos. Ese esfuerzo por la mejor y más precisa definición de las entidades y el establecimiento del diagnóstico para los pacientes

concretos será uno de los aspectos a regular en la normativa que desarrolle esta ley que ahora se propone.

Querría llamar también la atención sobre la importancia de los comités de ética, cuya actuación se requiere cada vez más en el contexto del sistema sanitario. Es evidente que en todo el conjunto del sistema funciona cada vez más este tipo de comités, en los que diversos expertos colaboran desde varios puntos de vista en el establecimiento de algunas decisiones. Los comités de ética son imprescindibles en los ensayos clínicos a los que antes me refería y en otras muchas situaciones en la atención médica y en la atención hospitalaria. Cada vez se tiende más a tener un ámbito de asesoramiento ético para muchos aspectos de la práctica médica, y creo que sería conveniente considerar incorporar a este tipo de normativas el informe por parte de comités de ética. Bien es verdad que los tipos de tratamientos que aquí se proponen, tratamientos no voluntarios que en ocasiones van a ser necesarios en algunos enfermos, van a ser transitorios en muchos casos, porque los resultados de los tratamientos cada vez son más eficaces y mejores y tienen que estar también dotados de una agilidad suficiente que combine la decisión de la autoridad judicial, cuando así sea necesario, junto con el criterio médico y el criterio ético. Articular todo esto tendrá que ser un reto de la normativa. Yo entiendo que el desarrollo actual y futuro de la atención a la salud mental, uno de los aspectos fundamentales y de los retos que tiene nuestra sociedad, tendrá que atender a este tipo de circunstancias.

Resumiendo por el progreso en la psicofarmacología registrado en los últimos 20 ó 30 años, cada vez más hay situaciones en las que la atención a un enfermo puede tener beneficios importantes y una gran eficacia, puede cambiar totalmente ese concepto de que muchos enfermos con problemas psiquiátricos solo podían estar ingresados y prácticamente aislados ya de por vida y conducirlo a una situación cada vez más normal, que en algunos casos podrá ser transitoria y tengan que volver al tratamiento. Cuando todo el conjunto de circunstancias así lo aconsejen, me parece adecuado que la autoridad judicial, tras la indicación que establece el clínico y la decisión por supuesto de la familia y las personas relacionadas que lo representan, pueda proceder a ese tipo de tratamientos.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): A continuación comenzamos el turno para los grupos parlamentarios.

Por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV) tiene la palabra la señora Uría.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Quería agradecerle al profesor Nombela su exposición, puesto que es el primero hasta ahora que pertenece a una disciplina como la suya. Hemos recibido a psiquiatras, hemos recibido a representantes de pacientes y habíamos oído

ya con anterioridad a gente de cierto entorno, pero tampoco crea que tengo preguntas muy concretas que hacerle. Simplemente quisiera trasladarle —es la opinión de mi grupo y creo que es la de todos— nuestro deseo de agradar y deseo de hacer la norma, si es que es necesario y se acredita que así lo es. De su intervención me ha parecido deducir que sí, pero ya sé que usted no es jurista. Yo sí le pediría que nos dijese, porque nos produce un cierto miedo o vértigo introducirnos a elaborar una normativa de este estilo, qué precisiones y qué cautelas podríamos introducir en la norma que la mejorasen. Usted se ha referido a normativa ulterior de desarrollo; yo preferiría pensar que dejamos las cuestiones atadas desde el momento inicial. En la medida en la que su formación científica se lo permita, me gustaría que me dijese si cree que es mejor que lo introduzcamos en normas procesales que quizá sean más respetables por parte del estamento judicial o quizás sea en la normativa sanitaria el lugar adecuado para trasladar las que sean nuestras inquietudes. Simplemente eso. No sé si es preguntar mucho o es no preguntar nada, pero nos mueve —como a todos— el deseo de acertar y de hacer la norma que resulte más útil, más práctica y más adecuada a lo que sean las necesidades realmente sentidas.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Por parte del Grupo Parlamentario Popular, señor Martín Soledad tiene la palabra.

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Muchas gracias, por su presencia en esta Comisión.

Voy a formular pocas preguntas porque coincido en lo esencial por lo expuesto con el compareciente. Unicamente quisiera preguntarle si le parecería suficiente un sistema de garantías como el de la doble solicitud o la doble firma de dos profesionales de la salud mental, como solicitud motivada para instar la acción judicial en el caso de tratamiento involuntario.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Por el Grupo Parlamentario Socialista, doña Rosario Velasco.

La señora **VELASCO GARCÍA**: Quisiera dar la bienvenida a don César Nombela y agradecerle también su intervención, como decía la señora Uría pertenece a una disciplina nueva en estas comparencias aquí y ha sido muy interesante escuchar su punto de vista.

Me llama la atención algunas reflexiones que ha hecho respecto a los comités de ética. Me pareció intuir de su intervención que los comités de ética podían tener un papel más relevante de lo que lo están teniendo en estos momentos a la hora de tomar decisiones conflictivas desde el punto de vista ético en relación con tratamientos involuntarios con pacientes o determinado tipo de actuaciones médicas o paramédicas en el ámbito de la sanidad. Los comités de ética, por lo que conozco, se

están limitando a trabajar en los ensayos clínicos pero, si es como usted dice, la pregunta concreta es: ¿Cree que, si desarrolláramos la Ley de Autonomía del Paciente, los comités de ética podrían tener un papel relevante y se podría resolver este problema de los tratamientos involuntarios? Se lo digo porque, a lo largo de esta mañana y de esta tarde, si hay algo que todos tenemos claro es que hay un problema con este grupo de enfermos y hay que buscar una solución, pero quizá los matices estén dónde buscar la solución, si en el ámbito de la Ley de Enjuiciamiento Civil o en la legislación sanitaria. Nos gustaría saber si cree que los comités de ética, de alguna forma, podrían asegurar que el desarrollo de la Ley de Autonomía del Paciente tuviera más garantías de cumplimiento y, a la vez, hubiera razones más objetivables para garantizar los derechos del paciente.

Por otra parte, como experto en la materia, me parecía que hablaba con un cierto miedo a la hora de garantizar los derechos fundamentales de los pacientes si se tomaba algún tipo de medidas como el tratamiento involuntario. Esa duda la compartimos muchos de nosotros, porque se puede abrir también un amplio margen a otro tipo de patologías. Ahora es este colectivo de enfermos y lo hacemos por su bien, porque parece ser que el tratamiento mejora su calidad de vida y nosotros decidimos que es necesario que lo hagan; pero mañana a lo mejor se nos plantea el problema con otro grupo de enfermos también porque les vamos a mejorar, por ejemplo, los que padecen anorexia, bulimia, los que tienen problemas con tóxicos. ¿Cómo vamos a permitir que utilicen tóxicos si nosotros sabemos que es malo para su salud? Tienen que estar necesariamente sometidos a tratamiento porque además tienen un componente añadido, provocan distorsión social en alguna medida.

Es un tema complejo que supongo que, desde el punto de vista de la ética, también tiene sus matices. A mí me gustaría que, desde la teoría puesto que ya nos ha dicho que no hace clínica, fuera más expresivo en su opinión. ¿Dónde le parece que están los límites? Si tomamos la decisión de modificar la ley, ¿tenemos suficientes garantías? En síntesis, ¿tenemos derecho a obligar a un paciente que no está incapacitado a que haga un tratamiento que no quiere?

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Para responder y matizar lo que estime oportuno, tiene la palabra de nuevo don César Nombela.

El señor **CATEDRÁTICO DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID** (Nombela Cano): Con carácter general, quería hacer una precisión. En la citación que se me envió se me pone como catedrático de bioética y eso no es cierto, en España no existen catedráticos de bioética. Yo soy catedrático de microbiología y soy científico, lo que pasa es que me he introducido en los temas de la ética científica.

ca con un carácter multidisciplinar al presidir el Comité asesor de ética en la investigación, que se creó hace ya casi tres años. Eso es lo que hace se haya producido mi presencia en este campo. Sin embargo, aunque cuando recibí la citación como catedrático de bioética aclaré que se rectificara, veo que todavía no se ha hecho y por eso tengo interés en aclararlo.

Respondiendo a las diferentes preguntas, estoy de acuerdo con la señora Uría en que las leyes deberían incorporar el máximo de sustancia y dejar los reglamentos para un desarrollo práctico, pero no para otras cuestiones, aunque en España tenemos ese dicho de usted haga la ley y déjeme hacer el reglamento, que indicaría lo contrario. Yo creo que, en el esfuerzo que se haga a través de esta Comisión para definir los contenidos de esta ley, sí se podrían incorporar algunas peticiones. Me parece que el criterio de al menos dos facultativos podría ser una de las cuestiones que se debería incorporar como requisito para la actuación del juez. También creo que el ámbito de los comités de ética, sobre lo cual se me ha preguntado desde otros puntos de vista, podría reflejarse como una instancia que cada vez tiene un papel más significativo, y en actuaciones de este tipo creo que lo debe tener. Todos los hospitales tienen sus comités de ética y los ámbitos sanitarios tienden a estructurarlos, si bien es verdad que no tenemos todavía en España una estructura de bioética, de ética médica, de ética de la práctica médica ni tampoco de ética científica. El comité al que yo he aludido, que presidido, se creó hace tres años, es la primera experiencia de un comité nacional de este tipo y actualmente está residenciado en la Fundación de la Ciencia y la Tecnología que depende del Ministerio de Educación y Ciencia, antes el Ministerio de Ciencia y Tecnología. Me parece que se podrían introducir esas dos precisiones en la redacción precisa de la ley. Serían un buen punto de referencia porque la práctica de los profesionales y las actuaciones de los comités de ética en el momento en que se les dé carta de naturaleza podrían jugar ese papel. Con esto contesto también a la pregunta del portavoz del Grupo Popular. Sería útil introducir en la ley ambas precisiones para establecer esas garantías, puesto que estamos hablando de tratamientos no voluntarios, que en ocasiones van a ser transitorios y deben en muchas circunstancias conducir a una situación de mayor normalidad del paciente.

Esto me lleva al último de los comentarios. Los comités de ética son un ámbito donde la reflexión, la aportación de puntos de vista desde varios ángulos —el clínico, el farmacológico, el del experto en otras cuestiones— pueden tener mejor reflejo para una práctica más razonable de las actuaciones de atención a los enfermos y de otras circunstancias. Es evidente que, en el ámbito donde se dan, se debe crear una dinámica que establezca unas formas de trabajo y probablemente permita que la actuación sea no solamente rigurosa, sino ágil, flexible y rápida porque de lo que estamos hablando no es de una cuestión que pueda requerir períodos

prolongados de estudio, sino de que, si realmente es aceptable establecer ese tratamiento, probablemente se requiera hacerlo cuanto antes.

Esto me lleva a la pregunta más ardua: los derechos de los pacientes y hasta qué punto podríamos llegar a que, en cualquier tipo de situación, el paciente que tiene un trastorno para el cual existe un diagnóstico y una indicación clara de tratamiento tuviera que ser forzado al seguimiento de ese tratamiento. Eso iría demasiado lejos porque plantearía muchos más problemas y, por tanto, esa autonomía del paciente y esa aceptación del mismo me parece importante en un sistema de atención sanitaria como el nuestro, como el que hemos alcanzado en España y en los países más avanzados, que con todos sus problemas permite a las personas disfrutar de un sistema de salud verdaderamente avanzado. ¿Qué es lo que sucede? Que los trastornos psiquiátricos en estas circunstancias intermedias pueden llevar al enfermo a no someterse al tratamiento, a abandonarlo o a no aceptarlo al menos de manera activa.

Me ha interesado mucho lo que he podido escuchar de la intervención del doctor Iruin, pues se refería a experiencias concretas y a situaciones en las que muchas veces el paciente no acude por dejación o puede volver si se le insiste. En cualquier caso, creo que los tratamientos de enfermedades psiquiátricas de los que estamos hablando constituyen un grupo aparte de lo que pueden ser otros casos, en los cuales resultaría bastante más difícil someter al enfermo a un tratamiento forzoso. Esto nos llevaría a hacer otras muchas reflexiones, como pueden ser no solo someterse o no a tratamientos, sino también a hábitos de vida. Ciertamente, los sistemas sanitarios se están planteando qué hacer con los enfermos que no se someten no ya a un tratamiento sino a la adopción de unos hábitos higiénico-sanitarios, que van desde la supresión del tabaco, a la del alcohol y a una serie de sustancias que les perjudican. Los sistemas de salud tienen aquí un problema colosal, que se podría enfocar a través de la educación sanitaria y de otro tipo de medidas, para que el progreso científico pueda procurar una mejor calidad de vida a los ciudadanos. Lo que sucede es que en las enfermedades psiquiátricas sí puede haber situaciones, incluso transitorias, de no sometimiento a un tratamiento por falta de capacidad, por falta de voluntad o por falta de una serie de circunstancias, de ahí que no me sorprenda que el propio Convenio de Oviedo hiciera la previsión de que en algunos casos pueda ser necesaria una intervención, que tendrá que ser siempre en beneficio del paciente y durar el tiempo imprescindible y, en algunos casos, recurrir a decisiones de la autoridad judicial para poderlo aplicar.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Gracias, señor Nombela. (**Pausa.**)

En nombre de la Comisión, le reitero nuestro agradecimiento. Sin duda, su aportación será de mucha utili-

dad y provechosa para los trabajos de esta Comisión en el tema que nos ocupa.

Suspendemos la sesión durante unos instantes. (Pausa.)

— **DEL SEÑOR FISCAL DE LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE CÓRDOBA Y COORDINADOR DEL FORO ANDALUZ DE BIENESTAR SOCIAL (SANTOS URBANEJA) (Número de expediente 212/000493.)**

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Continuamos la sesión dando la palabra a don Fernando Santos Urbaneja, siguiente compareciente, que cierra las sesiones de la tarde. Le agradecemos su presencia.

El señor **FISCAL DE LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE CÓRDOBA Y COORDINADOR DEL FORO ANDALUZ DE BIENESTAR SOCIAL** (Santos Urbaneja): Es para mí un honor grande comparecer en una Comisión del Congreso. Tengo que decir también que lo hago a título particular como coordinador de lo que llamamos Foro Andaluz del Bienestar Mental. Es un lugar de opinión, un lugar de debate en el que vamos a cumplir diez años, donde hay juristas, psiquiatras y profesionales en general de la salud y también familiares. Yo pertenezco al grupo de juristas, no como fiscal ni expresando ninguna postura de la fiscalía que, por otra parte, no me consta que en este punto tenga opinión.

Dicho esto, voy a desgarnar unas notas de lo que me parece que es esta propuesta. Lo primero que quiero señalar es que es una propuesta que cae bien porque viene de Feafes, viene de las familias, está apoyado por el Cermi y se dice que viene con el aval de psiquiatras, jueces y fiscales. Yo diría que sí, pero no del todo. Feafes, a medida que se ha ido explicando, ha recibido también muchas objeciones de sus asociaciones de jueces y fiscales, en concreto de fiscales. Yo hablo por mí, pues estuve convocado a la reunión preparatoria de esta propuesta y manifesté, junto a otros, mi oposición, lo mismo que otros jueces y psiquiatras. Por lo tanto, no es cierto que venga avalada por un colectivo o por unanimidad. No ha contado, y esto sí que es verdad, con la opinión de los más directamente afectados. Una vez más, el paternalismo, algo que hemos querido desterrar, pero los enfermos mentales no fueron consultados. En Cataluña, la Asociación de usuarios de salud mental sí se ha pronunciado en contra y nos ha hecho llegar sus documentos.

En ese conflicto entre familia y enfermo, la presunción de acierto no la tiene por qué tener la familia. Es más, en mi experiencia, lo que he visto es que muchos de estos conflictos no tienen como consecuencia una patología, o no la patología. Es decir, muchos enfermos mentales hacen crisis con sus familias, pero no porque estén enfermos, sino porque hay desgarrones, porque se

llevan mal o porque sus opciones de vida son muy diferentes. Otros conflictos semejantes han sido tratados con más neutralidad. Por ejemplo, cuando las parejas no se llevan bien, se procede a la separación. Sobre ese cartel que se cuelga de que es una persona enferma, después todos sus comportamientos están teñidos de patología y el psiquiatra, quizá presionado, haga ese planteamiento que llevara al juez y, al final, a la policía, porque ya veremos que aquí, al final, viene la policía.

Otra de las notas es que se presenta como una cuestión de legalidad, cuando en realidad no lo es. Yo pongo muchos ejemplos para explicarme. Alguien ha dicho: vamos a ir hacia el norte. ¿Cómo lo hacemos, vamos en tren o vamos en coche? Nos liamos en si vamos en tren o en coche, cuando la cuestión es si el norte es la mejor dirección. No creo que sea una cuestión de legalidad, entre otras cosas porque esto viene de una experiencia de Bilbao, que yo considero interesante, pero es una experiencia de Bilbao. Esto se ha hecho y está dentro de la legalidad; otra cosa es la letra de la ley, pues la letra de la ley no es la legalidad, La legalidad es la interpretación armónica del ordenamiento jurídico con los criterios que la ley da. Me parece que eso que se ha hecho y que algunas veces se ha hecho en otros sitios, está amparado por la legalidad, pero la cuestión no es esta, la cuestión es que nos estamos jugando el modelo sanitario y, al final, nos estamos jugando la libertad de un grupo de personas. Esto es lo que acaso no se vea en la propuesta.

Otra nota es que se plantea como una regulación de estos tratamientos, cuando lo único que se regula son las garantías judiciales de los mismos. Algo semejante ocurre con el internamiento involuntario, dicen: que está regulado allí. No, señorías, esta es una cadena que tiene varios eslabones, está regulado en el internamiento involuntario y ahora se pretende como propuesta sólo las garantías judiciales; pero hay mucho más antes y después. ¿Cuál es la composición del dispositivo sanitario responsable del mismo? ¿Qué pasa si el enfermo no cumple? ¿El plan de tratamiento es sólo farmacológico? ¿Cómo y dónde se administra, en la calle, en el domicilio, en el ambulatorio? De esto nadie dice nada. Dicen: Si acaso en los protocolos. ¿Qué es lo que dice el protocolo de Bilbao? El Juez se encargará de que el paciente acuda al centro correspondiente con los medios a su disposición. Cuando uno se pregunta qué medios a disposición tiene el juez se encuentra con que el único medio es a la policía. Cuando se presenta esto a los familiares, estos dicen casi siempre que ni hablar, que esto no es.

Lo que quiero poner de manifiesto es que viene a la ley sólo una parte y se deja el resto a los protocolos, lo mismo que se dejó a los protocolos cuestiones referidas al internamiento involuntario en el año 1983, y así seguimos. Si se me permite un poco el desahogo, diré que prefiero que mis derechos estén en Ley y mis deberes en protocolos, porque los protocolos no obligan a nada. Yo no puedo llevar a nadie al tribunal porque no

cumpla un protocolo, sí porque no cumpla la ley. Y resulta que a los únicos a los que les llega la ley es a los jueces no a los médicos, cuando esta es una cuestión fundamentalmente sanitaria que se pretende judicializar. Someto a SS.SS. la siguiente reflexión. Si para abordar un tema fundamentalmente judicial se plantea una reforma de la Ley General de Sanidad, ¿qué pensarían ustedes? Pues para abordar un tema fundamentalmente sanitario, ahora se presenta una propuesta sólo de reforma de la Ley de Enjuiciamiento Civil, y digo sólo. Alguien podrá pensar que estamos incurriendo en un desatino, porque si esto al final viniese con unas grandes reformas sanitarias, todavía, pero es que para un problema sanitario se pretende reformar la Ley de Enjuiciamiento Civil. Además se quiere reformar para utilizar al juez que en el año 1983 era un juez de garantías, era el juez cercano al enfermo. No se toquen más derechos utilizando si se lee la propuesta de Feafes, un mensaje subliminal. Lo que se busca en ese juez es la sombra del juez penal, y esto no lo niega nadie; además nos lo dicen: a ver si le asusta un poquito. En su propuesta, Feafes dice que esta propuesta va para ese que necesita un empujoncillo, a ver si se lo da el juez, pero no con la construcción constitucional, sino con esa figura, con ese mensaje subliminal. Si no, ya he dicho que según el protocolo, que es la pista que podemos seguir, ese juez además te manda a la policía a casa. No es el modelo en el que hemos creído.

Otra nota es que pone el acento en el tratamiento farmacológico. Aquí hago un llamamiento a la ciencia. Es que esto no lo podemos elegir. ¿Cómo se recupera un enfermo mental, sólo con fármacos? No. Eso es lo más fácil. Fajándose con el enfermo con mucha paciencia, con empatía y con esa terapia. Sin embargo, ¿cómo hablar de terapia después de un tratamiento forzoso?

También creo, y es otra nota, que carece de rigor científico, porque tenemos la experiencia de Bilbao, pero Bilbao es Bilbao y sus circunstancias y lo que se pretende llevar al Boletín Oficial del Estado para que vaya a todo el territorio debe tener en cuenta las circunstancias de cada territorio. No tiene el valor científico amplio que debe tener. Creo que la propuesta prescinde de la realidad y lo hace a dos niveles: la realidad material y la realidad emocional. La realidad material porque hay algo que nadie cuestiona, viene en la propuesta: si no hay recursos no hay nada que hacer. El problema es que no hay recursos ni se espera que los haya. Yo digo que lanzarse en paracaídas será una buena o mala idea, depende, pero cuando no hay paracaídas desde luego es muy mala. Aquí nos lanzamos sin paracaídas porque no hay recursos. Se me puede decir, como tantas veces se me dice: creemos la ley que luego vendrán los recursos. Eso se nos dijo en el año 1986 con la Ley General de Sanidad y los recursos todavía son muy deficientes, en algunos sitios más en otros menos, pero todavía muy deficientes. No tenemos esos recursos y entiendo que ni se esperan.

En cuanto a una realidad emocional, esto es quizá delicado pero me interesaría llamar la atención de sus señorías. En la época del miedo, de la medicina defensiva, que nadie dude que esta propuesta prevista en su formulación para unos pocos sería utilizada en masa por los médicos, porque cuando se les plantea el amparo judicial, no duden un minuto que lo van a usar mucho más que lo que estaría previsto. Cuando hablamos en el plano del deber se dice: es que eso no debe ser. Claro que no debe ser, pero ¿cómo evitaremos que eso sea? Yo me bajé de esa ingenuidad en el año 1999 a propósito de la reforma de la Ley de Enjuiciamiento Civil cuando la judicialización del alta médica. Me parecía un desaire grande a la psiquiatría que cuando el psiquiatra diga que se puede ir, se le diga que no, que lo tiene que autorizar el juez. Pero si el juez no es médico. Pues aquello, para mi estupor, gozó de un amplio apoyo en el mundo de los psiquiatras y yo decía: ¿por qué? Porque les da más comodidad y más tranquilidad. Esta es una realidad emocional de la que no podemos prescindir. Es más, cuando hablamos con los psiquiatras cada vez se echa más de menos ese compromiso fuerte con el enfermo, ese compromiso que nos va a llevar a decir cosas como que, esto no puede ser.

Creo que esta propuesta obvia las leyes vigentes en la materia. Tenemos un magnífico artículo 20 de la Ley General de Sanidad —yo digo que quien lo hizo sabía lo que era la enfermedad mental y lo que quería hacer con ella—, muy incumplido pero ahí está, ése es el modelo. Por ahí va a ir la contrapropuesta que yo haré. Esta propuesta además olvida la reciente Ley de Autonomía del Paciente, y es que el paciente puede decir no. La Ley de Autonomía del Paciente crea espacios de libertad frente a un sistema sanitario, acaso con perjuicios para terceros, y tendremos que ver hasta qué punto son aceptables o inaceptables. Creo que ése es un buen debate. Hoy un enfermo mental, en un periodo lúcido, con todas las garantías deja dicho, conforme a ley, —o deja un representante frente al sistema sanitario—, que no se le aplique ese tratamiento; es un espacio de libertad que tenemos en la ley y que debe ser respetado.

¿Cuáles son las consecuencias que podría tener esta propuesta para mí de ser aprobada tal y como viene? Creo que sería desmontar las previsiones del artículo 20 de la Ley General de Sanidad, desmontar los intentos de trabajar de otra manera y nos llevaría seguramente a un callejón sin salida retrasando la solución.

Como dicen que donde no se da remedio mal es quejarse, pues allá va la contrapropuesta, lo que algunos —yo represento el Foro— creemos que debe hacerse. Lo primero, partir de la realidad porque se suele decir que la realidad siempre se venga de quien no cuenta con ella. Hay que partir de que esto es un problema sanitario, no judicial. Es más, en lo que respecta a las garantías, en esa parte que sí es judicial, creo que en el año 1983 sí tenía sentido que fuesen los jueces. Tenemos que preguntarnos si en el año 2005 tiene tanto sentido que la garantía sea únicamente judicial. Aquí se

habla de alternativas como los comités médicos, comité de ética, comité de defensa del paciente, donde incluso puede haber algún juez o algún fiscal, pero en las recomendaciones que vienen de Europa y en los textos internacionales no se habla de que el órgano de control tenga que ser judicial, puede ser un órgano administrativo o un órgano mixto. Lo que considero inaplazable ya, una vez que tenemos la Ley de Autonomía del Paciente, es sacar de la Ley de Enjuiciamiento Civil las garantías de los internamientos porque ya no tienen ningún sentido. Había que ponerlo en algún sitio, pero una vez que tenemos la Ley de Autonomía del Paciente, ese debe ser el espacio, y además tendría un altísimo valor pedagógico, porque los médicos quizá cayesen en la cuenta de que esto es un problema médico, pero, si hablamos de leyes, de procedimientos, de Ley de Enjuiciamiento Civil, parece que abona esa tesis. Creo que esto debe ser corregido. Tenemos que partir de que lo farmacológico no es más que una parte y hemos dicho que la terapia, si queremos recuperar, es otra. Tenemos que admitir que una parte de los enfermos mentales no tienen ni van a adquirir la conciencia de la enfermedad; es tan mala esta enfermedad que quita la conciencia de la enfermedad, y el paciente que no la tiene no va a acudir jamás al hospital. Van a hacer todo lo posible por que les dejen en paz y van a decir que los enfermos son los demás. Por lo anteriormente expuesto, creo que debemos volver al modelo del artículo 20, que es el que ahora yo quiero recordar. En el artículo 20 se plantea el abordaje del enfermo mental a dos bandas, la sanitaria y la asistencial, y la sanitaria para dos colectivos, para los que acuden a los centros de salud con cierta docilidad y no plantean grandes problemas y para los que no acuden, y para eso el artículo 20 dice que habrá que establecer la asistencia domiciliaria, la gran olvidada. Esto ha generado la desesperación del familiar al que le ha tocado. En la toma en consideración de la propuesta que los grupos parlamentarios hacen el día 5 de octubre se constata que esto viene de la desesperación de un grupo de familiares por el mal funcionamiento del sistema y la desesperación es mala consejera para formular cosas. Por lo tanto, nos jugamos mucho en algo que yo llamo equipos de intervención externa, es decir, hay un colectivo que necesita que haya dispositivos que trabajen con ellos, que hagan el seguimiento, domiciliario o en el lugar en el que se encuentren. La experiencia que tenemos en Andalucía, en concreto en Córdoba, con la Fundación cordobesa de tutela, es que la trabajadora social no puede dejar pasar más de cuatro días sin visitar a los enfermos cuando están en su época peor. Pues bien, cuando se hace este seguimiento no hay ningún problema, pues al final se logra que vayan, a veces con contrapartidas, pero cuando se está cerca, cuando en el entorno se dice no se preocupen que nosotros estamos detrás, cuando hay una coordinación, esa intervención externa da sus frutos. Lo que no se puede hacer, como tantas veces, es que vayan los padres a los equipos y les den cita y a la

segunda vez que no van, como consta en algunos documentos, puesto que no acuden, se les da de alta. ¡Por Dios, no! Si no vienen, en algún sitio estarán y tendrán problemas. Por lo tanto, es urgente que haya unos dispositivos de intervención externa, que preparen los ingresos si es necesario y que auxilien a las familias. Las familias necesitan que alguien les auxilie cuando tengan un problema de este tipo, que les acompañen a casa, que hagan la valoración. Esta es la parte sanitaria y después está la parte asistencial. Una vez que se ha terminado lo sanitario, a veces junto a ello, tenemos una persona que necesita afecto —probablemente en su familia se hayan roto muchas cosas y no sea posible reconstruirlo allí—, tendrá necesidad de hogares, de ocupación, de ocio, y eso tiene que llevarse a cabo con una coordinación sociosanitaria. En Andalucía funciona Faisem, la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, con dispositivos de este tipo, y es una buena solución. Por lo tanto, mi propuesta es que desarrollemos las leyes vigentes. Suele decirse que tenemos muchas leyes y que a veces se da un generalizado incumplimiento de las mismas. Yo creo que lo que hay que hacer antes de buscar otras cosas es desarrollar lo que tenemos, puesto que lo que tenemos es bueno. Hay que proporcionar recursos, ya que si hay recursos probablemente no necesitemos plantearnos esta ley. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)**

Antes de finalizar mi intervención quiero manifestar que hay una parte de patologías, por llamarlas así, que no tienen ningún tratamiento. Estamos asistiendo a lo que los psiquiatras llaman la psiquiatrización de la vida cotidiana: casi todo hoy es síndrome, casi todo está psiquiatrizado, casi todos necesitamos atención mental. Pero no todo tiene abordaje terapéutico. Hay bastantes trastornos de la conducta, por ejemplo, la personalidad antisocial, que no lo tienen. Lo que pasa es que la familia en la que hay una persona con esta patología va a que le atienda el sistema psiquiátrico, pero al final ese sistema con él hace crisis y la familia cae en la desesperación, por lo que acude a las asociaciones, pero esto no va a haber manera de solucionarlo. Hay que tener en cuenta que uno de los grandes retos que tenemos es que hay una parte de estas patologías que no tienen ni curación ni alivio.

He dicho que estaba en el foro como jurista y quiero ofrecer el planteamiento constitucional de este tema, en el que voy a detenerme un poco. Estamos hablando de salud, ¿y dónde está el derecho a la salud en la Constitución? En el artículo 42. Ni siquiera es un derecho fundamental, el núcleo duro de los derechos fundamentales. Pero estamos hablando de libertad, no hablamos solo de salud. Estos son los dos cuernos de la cuestión: salud y libertad. La libertad está en el artículo 16, y no solo es un derecho fundamental, sino que es el más fundamental de todos los derechos, porque cuando cualquier otro entra en conflicto con él, incluso la vida cede, la libertad es la que prevalece. A mí me gusta recordar el artículo 9.2 —aunque hablando de discapa-

ciudades también podemos mencionar el artículo 49—, porque pienso que ha tenido tal vigor en nuestra sociedad que si comparamos nuestra sociedad de hace 25 años con la de ahora no la reconocemos por la capacidad de los poderes públicos de promover condiciones de libertad y de remover obstáculos. ¿Por qué? Por lo que nos dice el artículo 10 de la Constitución, porque esto es dignidad. La dignidad del enfermo la vamos a encontrar cuando lo recuperemos para la vida, cuando lo recuperemos para las opciones. Es verdad que antes había cadenas y ahora no hay cadenas físicas o mecánicas, pero podemos decir que el tratamiento farmacológico solo son las nuevas cadenas. Se dice que los tratamientos son buenos o malos, depende. Considero que dar mucha facilidad al tratamiento farmacológico puede llevarnos a pisar terrenos en la libertad muy comprometidos, máxime cuando hoy se ha psiquiatrizado prácticamente toda la vida. Pienso que la opción que caminaba hacia la dignidad y hacia la libertad es la que dibuja el artículo 20 de la Ley General de Sanidad, que es el que reivindico hoy ante SS.SS.

El señor **PRESIDENTE**: Se abre un turno de intervenciones. En primer lugar, en nombre de Izquierda Verde-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, tiene la palabra el señor Llamazares.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Gracias por su comparecencia, porque ha sido muy interesante para el trabajo de esta Comisión y nos ha puesto ante una dificultad importante que tiene esta iniciativa, en la que aparecen aspectos sanitarios pero en la que también deben tenerse en cuenta aspectos relativos a las libertades y a los derechos básicos de los ciudadanos; derechos que no dejan de tener vigencia por una situación concreta o por una situación de enfermedad mental aguda. Nosotros únicamente queremos agradecer su comparecencia, que nos reafirma en la necesidad de reconsiderar esta iniciativa y orientarla en otro sentido, no en el que se ha planteado en esta legislación. Intentaremos que estas reflexiones tengan utilidad en el proceso que se ha abierto en el Congreso de los Diputados, tanto en la toma en consideración de la iniciativa como ahora respecto a las enmiendas y a la reorientación, que en mi opinión cada vez es más necesaria en este tipo de iniciativas.

Respecto a la experiencia de Bilbao, reitero que es eso, una experiencia. No quiero hacer aquí patriotismo de comunidad, pero existe otra experiencia, que además ya está en la bibliografía internacional, la del Grupo de Avilés, respecto al tratamiento intensivo de estos pacientes, y no parece ser una experiencia con menos eficacia, desde el punto de vista clínico, que la que nos ha referido antes respecto a Bilbao. Yo creo que es una experiencia que demuestra cómo la buena utilización de los servicios de salud mental puede solucionar este problema sin requerir la judicialización de los mismos, aunque sea necesario reconocer también,

como se decía anteriormente, que la cuestión relativa a la salud mental es interdisciplinar; no solamente es cuestión de médicos, no solamente es cuestión de sanitarios, sino que es algo mucho más amplio y requiere una intervención de carácter diverso. En ese sentido, agradezco de nuevo la comparecencia y la tendremos muy en cuenta para el trabajo de nuestro grupo parlamentario.

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

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Doy las gracias al compareciente, que ya conocíamos que no era partidario de la propuesta, aunque no es de los del no radical puesto que las sugerencias que nos ha enviado a los grupos contienen enmiendas para su posible introducción en el precepto. Me ha parecido, no obstante, si me permite que se lo diga, que en su intervención nos reñía. Debo decirle que cuando desde las distintas formaciones políticas tomamos en consideración la iniciativa, lo hicimos en la idea de que podía tener alguna utilidad, pero, como ya he dicho antes, con un cierto vértigo, un cierto miedo, y de ahí que hiciésemos algo que no es habitual en las normas, salvo que sean normas de muy largo alcance o muy centrales dentro del ordenamiento, no en una norma que se traduce en un único artículo, que ha sido efectuar comparecencias. Lo que queremos precisamente los miembros de las formaciones políticas es ilustrarnos respecto a las posibilidades que se establecían. Éramos conscientes de que lo que estábamos regulando tocaba el derecho fundamental a la libertad, y de ahí venía el cierto pánico a introducir la regulación. **(El señor vicepresidente, Galache Cortés, ocupa la Presidencia.)**

Los artículos 9 y 10, en cuanto a otro tipo de cuestiones, no son artículos de derechos fundamentales en la medida en la que lo son del 14 al 29, pero también está ahí la obligación de los poderes públicos de dación de medios bastantes para que pudiesen hacerse efectivos determinados derechos. Que lo catalogásemos al final como norma procesal dentro de la Ley de Enjuiciamiento Civil y no como derecho sanitario tenía también otros factores. Usted ha hablado de encaje constitucional. Conocerá usted que el derecho procesal es derecho común para todo el Estado, mientras que la materia sanitaria está dividida, compartimentalizada, y unas comunidades autónomas se han adelantado a otras en la dación de medios sanitarios o en la adecuación de los sistemas sanitarios a las necesidades reales. La norma procesal, de ser necesaria, que yo no tengo claro que lo sea, y la decisión que adoptemos de regular sí era claro que correspondían a este Congreso de los Diputados. De ahí que la iniciativa que nos presentó el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió) fuese aceptada, mientras que los desarrollos posibles del artículo 20, de la Ley General de Sanidad, a lo mejor corresponde hacerlos a las comunidades

autónomas. Por eso le decía que a mí me interesaba especialmente, más que los que han manifestado algunas opiniones a favor o la experiencia a la que usted se ha referido de Bilbao, que ciertamente es de unas jornadas de Bilbao, pero donde se ha desarrollado, y por la voluntariedad de una magistrada concreta y de unos equipos psiquiátricos concretos, es en Guipúzcoa. Tampoco en Vizcaya porque en Vizcaya hay negativas y pivota, insisto, en unas determinadas decisiones del Poder Judicial y en una determinada dación de medios y opciones sanitarias. Le he preguntado al doctor Iruin cuando ha comparecido si no creía que cambiando las personas eso podía dar al traste, si se me permite utilizar esta expresión, con un mecanismo que ahora parece que funciona para lo que funciona. Ya se nos ha dicho que no es masiva su utilización. Por tanto, me interesa conocer más las pegadas que las ventajas del sistema para ver si va a ser necesario o no adentrarnos en esta regulación.

En cuanto a las críticas que ha hecho al artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, le quería preguntar si conoce casos concretos de utilidad de lo que en este precepto se establece —la modificación que se hizo en el año 1999—. Y quería matizarle una última cuestión, puesto que ya he indicado antes que se me atribuyó la potestad de regular, ya que era mi grupo el que tenía enmiendas al respecto. No es necesaria el alta judicial. En el último párrafo se dice que cuando los facultativos que atienden a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán de alta al enfermo y lo comunicarán —eso sí— al tribunal competente, pero el alta médica es perfectamente posible con la mera comunicación al tribunal, porque objeciones parecidas a las suyas barajamos a la hora de elaborar el texto y quedó así establecido. En todo caso, me interesaría saber si ha tenido utilidades que usted conozca, puesto que conoce el ámbito andaluz bastante más ampliamente que yo, y si este artículo está de adorno o ha tenido realmente las virtualidades que pretendíamos cuando se elaboró y se introdujo en la norma.

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

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Señor Santos, muchas gracias por su aportación.

En el día de hoy hemos tenido comparecencias de representantes del Cermi, de profesionales de la salud mental que estaban en contra, de profesionales de la salud mental que estaban a favor, de un estudioso de la bioética, catedrático de microbiología, favorable a esta regulación, y hemos tenido la experiencia de escuchar por primera vez cifrar datos de una experiencia concreta realizada en Donosti y que se ha comunicado en unas jornadas en Bilbao.

La iniciativa a la que hace mención Convergència i Unió a la hora de proponer la modificación de la Ley de

Enjuiciamiento Civil, procede —y así ha quedado acreditado a lo largo de las comparecencias— de una preocupación legítima de los familiares y de los profesionales. A lo mejor es que yo no comparto la visión pesimista que tiene de que no se puede hacer nada por los pacientes. Como profesional, yo pienso que siempre se puede hacer algo, que siempre se puede mejorar la dignidad y la calidad de vida de las personas, incluso de aquellas con psicosis totalmente desestructuradas. Por tanto, como pienso que se puede hacer algo, creo que es útil haber lanzado por lo menos la posibilidad de hacer algo que contribuya a la mejora de un sector que además hemos perfilado perfectamente. Estamos hablando de un colectivo en el que no va a haber masificación a la hora de desresponsabilizar al colectivo de psiquiatras, ni se van a sentir presionados. Me parece recordar que la experiencia de Donosti se ceñía a 47 enfermos que protagonizaban entre siete y nueve ingresos anuales y cuya libertad —entre nosotros— está totalmente vigilada y condicionada. Gracias a esa experiencia con el colectivo de 47 personas, sabemos que durante un periodo de seguimiento de siete años solamente hubo que hacer ingresar a un 25 por ciento de ellos. A mí me parece que eso contribuye al menos a la mejora de la calidad de vida y a la mejora de la dignidad, en vez de acumular días y días de estancia en unidades de agudos de hospitales psiquiátricos o de hospitales generales. Pues bien, me da la impresión de que lo que nosotros planteamos como dudas usted lo tiene muy claro, y yo, como profesional de la salud mental, no lo tengo tan claro y así se lo quiero manifestar en este momento. Por lo tanto, en vez de hacer un alegato, voy a pasar a formularle un par de preguntas. La primera está relacionada con el concepto de libertad. Estamos preservando, defendiendo y tutelando la libertad de un colectivo que está acumulando muchos ingresos, que tiene muchas temporadas de descompensación, que tiene nula conciencia de enfermedad y cuyo seguimiento terapéutico es prácticamente nulo, personas que posiblemente funcionan sobre la base de delirios, alucinaciones y despersonalización. Y la pregunta a lo mejor es un poco metafísica: ¿Es eso libertad? ¿Es libre esa persona que padece ese proceso psicótico?

Por otro lado, lo que se plantea en esta iniciativa no se tiene que entender como una solución represora en relación con el paciente; si no, tendríamos que entenderla como represora estuviera donde estuviera, tanto en la Ley de Autonomía del Paciente como en la Ley de Enjuiciamiento Civil. Es decir, desde el mismo momento en que nosotros reflejamos como norma que hay que tutelar, que hay que autorizar judicialmente y que hay que condicionar la libertad de una persona, ya sea para ingresar o sea para hacer un tratamiento ambulatorio, lo metamos donde lo metamos, de hecho estamos incidiendo sobre los derechos individuales de esa persona, que —sigo insistiendo— yo me pregunto si realmente es libre, por el hecho de tener la patología que tiene. Ha hecho usted una propuesta en firme de desarrollo de la

Ley de Autonomía del Paciente y mi última consideración es preguntarle qué aplicación práctica va a tener la Ley de Autonomía del Paciente ante el caso de ese colectivo específico, reducido en número, refractario a cualquier tratamiento, a la hora de motivarlos e incentivarlos a que hagan un tratamiento farmacológico, social, de inserción laboral, de vivienda o de lo que sea, y qué incidencia va a tener estando en un sitio o estando en otro.

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

El señor **FUENTES GUZMÁN**: Señor Santos Urbaneja, desde mi grupo agradecemos también su presencia en esta Comisión, la exposición que ha realizado y, por supuesto, le transmitimos la valoración positiva que desde mi grupo hacemos del trabajo que usted y otros juristas y psiquiatras están haciendo en el Foro Andaluz de Bienestar Mental. Su exposición ha sido muy clara, incluso contundente, y algunas de las cuestiones que yo pensaba plantearle, que están fundamentalmente en el ámbito de lo jurídico, prácticamente las ha respondido usted. No obstante, me gustaría hacer algún razonamiento anexo a los argumentos que usted ha dado y formular alguna pregunta concreta también respecto a algunas de las cuestiones que ha planteado.

Durante el día de hoy hemos conocido, señor Santos Urbaneja, una problemática muy seria, que se nos ha expuesto en algún caso de forma dramática, respecto a personas que en el ámbito de su vida familiar o incluso en su ámbito personal terminan descuidando su aseo, su vida familiar, terminan generando una situación lamentable para sus condiciones no ya mentales, sino también físicas y terminan generando problemas al entorno en el que se desenvuelven. Se nos han manifestado —repito— con crudeza estas situaciones, y lógicamente nosotros somos absolutamente sensibles a esta problemática. Entendemos que, en cualquier caso, sea esta la fórmula o el camino o sea otro, alguna solución hay que dar a estas situaciones que se plantean y que en realidad han motivado —yo creo que muy acertadamente— que esta proposición de ley se esté debatiendo hoy en el Congreso. Usted ha planteado, y nosotros también cuando hemos estudiado este tema, que existe una gran dificultad en llevar una solución de un problema al aspecto puramente procedimental, a la Ley de Enjuiciamiento Civil, que al fin y al cabo es una ley de procedimiento, cuando falta realmente una base sustantiva en la que el juez pueda terminar aplicando esa normativa sustantiva. Usted lo ha puesto de manifiesto, pero me gustaría que lo remarcara en su contestación porque creo que esta es una de las piezas fundamentales o de las claves que pueden hacer que un cambio en la regulación, tal y como se pretende, pueda sencillamente fracasar o hacerlo inaplicable por parte de los jueces.

Durante el día de hoy aquí han hablado también, los comparecientes que se han mostrado favorables a la proposición de varios papeles o roles del juez interviniente en el procedimiento, y esto nos ha generado alguna confusión respecto a lo que realmente se pretende. Primero se ha hablado del juez garantista, luego se ha hablado con bastante claridad de un juez autoridad cuya simple presencia en el procedimiento coadyuva a que el enfermo tome el tratamiento, incluso sin necesidad de intervenir, su mera presencia detrás del facultativo podría conminar al enfermo a llevar a cabo su tratamiento. Los comparecientes favorables a esta propuesta no nos han dejado muy claro qué es lo que realmente se pretende del juez, si se pretende que garantice los derechos del paciente o se pretende, de alguna manera, coadyuvar a que el paciente realice una determinada actuación a favor de su tratamiento. Entendemos que es complicado que el paciente, en una determinada circunstancia psíquica, pueda ser llevado a hacer nada, pero parece que también se busca esa figura en el juez. Desde ese punto de vista, me gustaría conocer su opinión sobre si el trámite de audiencia al interesado que se fija en la proposición puede llevarse a cabo de forma efectiva o no, puesto que, como he dicho antes, un paciente que se encuentra en una situación crítica o que ha tenido una crisis en su enfermedad difícilmente va a poder hacer efectivo ese trámite de audiencia. No sé si usted puede apuntar alguna fórmula para la defensa del interés de ese paciente, alguna fórmula anterior de defensa jurídica que haya previsto el propio paciente para esta situación en concreto.

Los comparecientes que han alegado a favor de la proposición han dicho que esta reforma propiciaría futuros cambios en la política sanitaria o en el desarrollo sanitario favorables a lo que creo que todos hemos consensuado aquí que es lo deseable, es decir, que el sistema asistencial en torno al enfermo sea más completo y más directo. ¿Está usted de acuerdo en esto, es decir, primero se cambia la Ley de Enjuiciamiento Civil, que es una norma procedimental general, y después eso de alguna manera anima a cambios que pueden estar circunscritos al ámbito de la política sanitaria?

Creo que todos coincidimos en la bondad de la propuesta, pero cuando se tiene una responsabilidad tan grande como la que tenemos hoy aquí de reformar leyes del calado de la Ley de Enjuiciamiento Civil, a veces se nos pueden escapar consecuencias no deseadas en estos cambios de normativa. ¿Qué consecuencias no deseadas ve usted en esta reforma?

Por último, señor Santos, desde mi grupo nos preguntamos también si con esta judicialización del tratamiento a los pacientes mentales estamos abriendo una puerta a la judicialización de otros tratamientos que se pueden salir del ámbito de los enfermos mentales, es decir, si podemos estar avalando un procedimiento que puede afectar después a cuestiones diferentes a la que nos ocupa hoy. Usted ha mencionado también un conflicto de derechos entre el derecho a la salud y el dere-

cho del enfermo a recibir un tratamiento y a que los poderes públicos velen por la salud de los ciudadanos y las ciudadanas, y el derecho a la libertad personal, el derecho a elegir, en definitiva, si se quiere o no se quiere recibir ese tratamiento. Le pido una reflexión sobre esta cuestión y sobre si en esa balanza de derechos debe primar más un derecho u otro, porque nosotros estamos absolutamente convencidos de que puede darse un conflicto de derechos y, en consecuencia, una cuestión que derive en un conflicto de constitucionalidad. **(El señor Martín Soledad solicita la palabra.)**

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

El señor **MARTÍN SOLEDAD**: Solamente quería decir, señor presidente, que tenía una urgencia y me tengo que ir ahora. Por lo tanto, quería disculparme ante el señor Santos. Espero leer en el «Diario de sesiones» las respuestas a mis interrogantes.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortés): Concluidas las intervenciones de los grupos, damos la palabra al señor Santos Urbaneja, para su respuesta y para hacer las manifestaciones y reflexiones que estime oportunas.

El señor **FISCAL DE LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE CÓRDOBA Y COORDINADOR DEL FORO ANDALUZ DE BIENESTAR SOCIAL** (Santos Urbaneja): Respecto a la reflexión que ha hecho el señor Llamazares, como realmente no ha habido preguntas, tampoco hay ocasión de respuesta ni de comentario.

Respecto a la intervención de la señora Uría, me he quedado un poco preocupado por si ha querido ver algo de riña en mi intervención. Desde luego, hago firme declaración de que no era así, aunque lo haya podido parecer por la contundencia o vehemencia de mis palabras. No, el respeto que tengo al Parlamento es muy grande como para hacer ese tipo de cosas.

Por otro lado, creo que ha habido algo en lo que no nos hemos entendido. Me he referido a una propuesta que no prosperó en el año 1999, en la que se sometía el alta médica al juez, a la que nos opusimos, pero no llegó y está como está, aunque muchos psiquiatras la apoyaron. Usted me ha preguntado por la utilidad del artículo 763 vigente de la Ley de Enjuiciamiento Civil y no he entendido bien qué quería decir.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Yo me refería a si ha habido una utilización real de este precepto, si ha servido para solventar problemas reales de salud para los que la normativa anterior no servía o si nos encontramos ante un precepto que, desde su perspectiva de jurista, se ha prestado a abusos y utilizaciones no previstas o no planteadas por quienes legislábamos, o si

considera que ha habido escasísimos casos y que se podrían haber cubierto sin un precepto de este estilo.

El señor **FISCAL DE LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE CÓRDOBA Y COORDINADOR DEL FORO ANDALUZ DE BIENESTAR SOCIAL** (Santos Urbaneja): Se ha utilizado muchísimo, porque el artículo 763 no altera prácticamente en nada lo establecido en el artículo 211 del Código Civil de 1983. Es decir, no hubo ninguna novedad en el año 2000.

La señora **URÍA ETXEBARRÍA**: Precisamente, mientras estábamos elaborando la Ley de Enjuiciamiento Civil, de la cual yo había sido ponente, no habíamos podido hacernos eco de la jurisprudencia más reciente del Tribunal Constitucional porque se notificó una sentencia dos días antes de celebrarse la comisión de la ley. Por causas que no vienen al caso, yo tenía el contenido de la sentencia, que había sido notificada al Congreso de los Diputados, pero no publicada. Del contenido de esa sentencia derivó que había una interpretación constitucional del artículo 211, pero que no lo salvaba pura y simplemente, sino que era constitucional como el tribunal decía que lo era. De ahí derivó el encargo que se me hizo a mí —aunque pertenezca a un grupo pequeño, tengo afición a ciertos temas—, de redactarlo, lo que hice en compañía de uno de los letrados de la casa. La redacción quedó como quedó, pero intentábamos no trasladar directamente el artículo 211, sino simplemente hacernos eco de la interpretación constitucional que en esos mismos días había hecho el Tribunal Constitucional en un recurso de amparo. Sí pretendimos innovar en algo y adecuarnos a lo que el Tribunal Constitucional entendía que era lo acorde con los bienes y valores en juego en una situación de este estilo, en un recurso de amparo interpuesto por una trabajadora social, que, ante una persona que no tenía familia o que la familia no le atendía, trasladó al Tribunal Constitucional qué posibilidades tenía de solicitar un internamiento judicial. Ese fue el caso y eso fue lo que trasladamos. Me gustaría saber si esto ha servido para algo o si trasladamos una sentencia reciente a la Ley de Enjuiciamiento Civil que no ha tenido virtualidades y que a lo mejor merecía, si no hacerlo desaparecer, corregirlo, aprovechando que ahora se pretende una regulación distinta para los tratamientos sin internamiento.

El **SEÑOR FISCAL DE LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE CÓRDOBA Y COORDINADOR DEL FORO ANDALUZ DE BIENESTAR SOCIAL** (Santos Urbaneja): Creo que sí ha servido, sobre todo en lo que es la defensa por lo menos en la formulación técnica era mucho más garantista en ese punto, el punto de la garantía, el 763 que el 211. Lo que pasa es que la atribución de la defensa, la posibilidad de recurrir de estas personas en el día a día es muy escasa y la vemos con dificultad porque generalmente no tienen un abogado que esté allí, que les recurra, pero la formulación

en ese aspecto mejoró mucho. (Me estaba yendo por el otro sitio del esquema.) Creo que el 763 tiene su sitio y debe seguir teniéndolo. Yo he dicho que esa parte se lleve mejor a la Ley de Autonomía del Paciente, ahora que la tenemos. Lo que he propuesto es que no avancemos más en la judicialización y que en esto de los internamientos exploremos otras vías.

Decía el señor Martín Soledad, del Grupo Popular, que hay una preocupación. La preocupación es inmensa, de los pacientes, de los familiares, de los psiquiatras. La solución a esto, lo que se pretende conseguir con esta propuesta se conseguiría mejor desarrollando el artículo 20, con los tratamientos y seguimientos externos. Todos esos enfermos que no van, que no asisten, si tienen cerca a alguien, el trabajador social, el psiquiatra que los lleva, que les hace el seguimiento, acaban yendo. Esta es la experiencia de Córdoba. Lo que no se puede hacer es dejarlos sin asistencia o emplear métodos que ellos puedan entender como coactivos. La cuestión es esta: ¿hay algo que hacer? Sí. Propuesta de unos, lo que se trae ahora para que se convierta en ley. Propuesta que yo defiendo: vamos a desarrollar lo que tenemos, asistencia domiciliaria para el que no va, intervención externa y coordinación sociosanitaria. Se preguntaba el señor Martín Soledad por el concepto de libertad. Aquí estamos hablando de cosas muy serias. Suelo acordarme mucho de Stuart Mill y de su ensayo, *Sobre la libertad*. Me gustan un poco los extravagantes, es decir, hay gente que tiene derecho legítimamente a ser extravagante. El problema es si esas extravagancias causan un perjuicio inaceptable de tercero. No es verdad del todo eso de que el perjuicio de tercero es un límite de derecho. Tenemos muchos perjuicios, cuando hay una huelga hay gente que se perjudica, en una separación matrimonial a veces hay perjuicio de los niños, y después viene la ley para hacer ese perjuicio aceptable. El concepto de libertad va un poco por ahí, de ser uno mismo, pero incluso se puede ser algo extravagante sin que se incurra, porque ese sería un límite, en perjuicio inaceptable de tercero.

El señor Fuentes, del Grupo Socialista, ha partido también de la experiencia lamentable. Hoy se han expuesto aquí seguramente —yo lo he oído otras veces— esas experiencias lamentables. Yo digo que hagamos un acto de imaginación. Esta propuesta tiene el riesgo de ingresar a muchas personas que no deben ser ingresadas. Esas personas ingresadas y privadas de libertad, cuando podía haberse acudido a otros métodos, ¿no es también una situación aflitiva? Todo lo que se ve, dicen, esconde algo que no se ve. Ahora tenemos una solución y vemos una realidad, ¿pero nos hemos planteado qué hacer cuando vengan los efectos secundarios? Todos los medicamentos tienen efectos secundarios, pero ¿nos hemos planteado la alternativa? Todos podemos contar lo que nos salió bien y lo que nos salió mal, pero eso no nos lleva a ningún sitio y por eso hace

falta el rigor de la ciencia. Creo que globalmente considerada trae más perjuicios que beneficios.

Garantías judiciales. Yo decía a Feafes que echaba de menos muchas cosas y una de ellas es que pidiese por ejemplo especialización en los órganos judiciales. No descubrimos nada nuevo si decimos que la Administración de Justicia soporta una carga grande. Desde el año 1997 en el Libro Blanco de la justicia está prevista la creación de juzgados especializados, con personal con un poquito de disposición. Decía un senador, el señor Portabella i Rafols, en el año 1983, al hilo de la reforma del Código Civil en materia de tutela, estas palabras textuales: En el Estado actual de la justicia (se refería a entonces) esta ley es inaplicable, lo cual no debe hacernos abdicar de hacer leyes eternas y perdurables. Así es, pero nosotros vivimos algo más que de palabras, vivimos de realidades, y nuestra realidad es tan penosa que no podemos comprometernos a hacer bien las cosas. Por tanto, si contamos las cosas como son y no como deben ser, no creo que podamos presumir de hacer bien las cosas. Por ello, ese trámite de audiencia previsto es inviable en la práctica. Lo primero que se me vino a la cabeza con esta propuesta es que es una propuesta que está hecha para lo que se puede solucionar de otra manera, porque al final al que se le lleva al juzgado se le puede llevar a todos los sitios sin grandes problemas, pero el que no quiere ir no va a ir; y si tenemos que entrar en mandar a la policía solo para que venga al trámite de audiencia, porque los juzgados no tienen otros medios a disposición, acaso por aquello del principio de preponderancia de intereses, ni siquiera el juez se atreva a ir, porque igual piensa que es una hipótesis muy dura de restricción de derechos que no sé si estaría justificada.

Sobre los futuros cambios en la política sanitaria que traiga la legislación he dicho que ya no creo en eso. Hemos tenido experiencias de leyes, y me remito a la Ley General de Sanidad, donde se prometían recursos pero después no han venido, si bien es verdad que hay comunidades que tienen más o tienen menos según su sistema competencial, pero yo no he oído a nadie decir que tenga suficientes. Por tanto me temo que tendríamos una larga etapa de legislación sin recursos, y se está muy mal así.

Me pregunta también si no estamos abriendo una puerta a la judicialización de otros ámbitos. Hay un trabajo de un autor americano al hilo de esta experiencia en Estados Unidos titulado *¿Quién puede estar ya seguro?* Esto es al hilo de la psiquiatrización de muchas cosas que acaso no sean todas psiquiátricas; hay un movimiento en la psiquiatría de decir: Vamos a volver a recuperar nuestro terreno. El representante del Grupo Popular decía que en todos los casos se puede hacer algo y hablaba de un psicótico desestructurado; si es que no es eso. Yo me he referido a los trastornos de conducta, que no son trastornos mentales, ojalá lo fuesen, sino que son a veces maneras de ser o cosas que se piensan sobre la vida, y eso no se

puede controlar con fármacos. De hecho, los estudios de trastornos sexuales de conducta (sobre eso sí tenemos estudios desde hace 150 años) nos señalan un campo donde no hay ningún tipo de abordaje. Esto nos gustará o no nos gustará pero un manzano no da cerezas por mucho que lo deseemos. Hay cosas que son como son y yo apelo a la ciencia más que a los deseos. Es verdad que podemos abrir la puerta y que esto es un riesgo que habrá que valorar. En este conflicto salud y libertad yo tengo clarísimo que prima la libertad, porque nos lo ha dicho el Tribunal Constitucional muchas veces. En los costes de este conflicto mi opción de libertad, que tiene perjuicios, hasta qué punto puede ser tolerada. **(Termina el señor Santos Urbaneja.)**

Alguien por ejemplo que tenga hijos y sea Testigo de Jehová y diga: No me ponga la transfusión que yo prefiero, en el uso de mi libertad religiosa o ideológica... Pero usted tiene tres hijos. ¿Eso sería un perjuicio inacepta-

ble? Es una buena reflexión. El tema es muy delicado; todos sentimos pánico cuando tocamos este terreno. Aquí venimos, damos nuestra opinión, pero ustedes son los que después tienen que hallar el equilibrio. Comprendo que en estas cuestiones sientan un cierto vértigo.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Galache Cortes): Antes de terminar ¿algún grupo quiere hacer alguna matización, dado el interés que ha suscitado esta última comparecencia? **(Pausa.)** En ese caso, reiteramos nuestro agradecimiento al señor Santos Urbaneja por su comparecencia, por la dicción de la misma, las reflexiones y las argumentaciones que indudablemente serán de gran utilidad para la continuación de los trabajos de esta Comisión; se lo agradecemos en nombre de todos.

Sin más asuntos, se levanta la sesión.

Eran las siete y veinte 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**