

11.4. El tratamiento ambulatorio involuntario: el cuidado coercitivo.

Ana de Sebastián Pérez-Manglano

RESUMEN

La propuesta impulsada por parte de FEAFES (1)(2) en 2003 de legislar el Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI), como medida judicial para forzar a pacientes mentales graves con escasa adherencia y creciente deterioro a seguir un tratamiento comunitario, fue desestimada tras ser debatida en nuestro país durante los últimos diez años, al ser declarada inconstitucional.

Este trabajo recoge una revisión bibliográfica sistemática de estudios nacionales e internacionales acerca del TAI, el marco jurídico, social y económico en el que surgió, y los argumentos a favor y en contra esgrimidos por los diferentes grupos de debate.

INTRODUCCIÓN

El concepto de tratamiento involuntario ha sido ampliamente discutido en las dos últimas décadas en diferentes países del mundo. La necesidad percibida de obligar a un paciente psiquiátrico grave a recibir una asistencia y tratamiento continuado, más allá del momento puntual del ingreso, está siendo debatida ante la realidad de los costes humanos y económicos que suponen los abandonos del tratamiento por parte de estos pacientes. En muchos casos, además, dichos pacientes se encuentran incapacitados por la propia enfermedad para tomar decisiones acertadas acerca de su salud. (1)(3)

Este intento de judicializar la asistencia psiquiátrica, propugnado por las instituciones, las corporaciones y las asociaciones de familiares de afectados, tenía su origen en las dificultades planteadas por la ausencia de unos recursos sociosanitarios suficientes. Todo ello cristaliza hace diez años en una propuesta, promovida por la Confederación Española de Agrupaciones

de Familiares y Afectados por las Enfermedades Mentales (FEAFES), y presentada al parlamento por CyU, con objeto de regular estos Tratamientos Ambulatorios Involuntarios (TAI). La vía que se exploró en ese momento se basaba en la modificación del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que versaba sobre el internamiento involuntario.

Se buscaba un atajo legal, añadiendo un cuarto apartado a una ley ya existente, para acelerar así la aparición de una legislación al respecto. (1)(4)

Tras la aparición de la propuesta surgió un debate que ha durado hasta ahora. (4) Las discusiones fueron muy agresivas al inicio, y se fueron suavizando con el tiempo hasta que la ley fue desestimada por inconstitucional, en buena medida debido al enfoque de la propuesta: el de aprovechar una ley ya existente en vez de plantearse una nueva ley orgánica. En esta revisión bibliográfica se han analizado las experiencias ya puestas en marcha, y la implicación enfermera en la propuesta.

OBJETIVOS

Entre los **objetivos generales** del estudio, se han definido los siguientes:

Establecer el marco legislativo previo y modificaciones propuestas del artículo 763 de la Ley del Enjuiciamiento Civil..

Describir el trasfondo social y sanitario subyacente a la propuesta, junto con los resultados hallados tras la evaluación de los resultados de su implantación en diferentes poblaciones.

Evaluar el impacto en el cuidado enfermero en la bibliografía consultada.

MATERIAL Y MÉTODOS: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Se acordaron unos criterios de búsqueda basados en términos clave, obteniéndose los resultados en las bases de datos de PubMed tanto en idioma inglés como en español. Dichos términos son:

Tratamiento Ambulatorio Involuntario, Coerción, Enfermería,

Assisted Outpatient Treatment, Psychiatric Mandatory Treatment, Involuntary Seclusion, Mental Health, Mental Health Nurse, Therapeutic Relationship.

Se han incluido revisiones sistemáticas y estudios de los últimos cinco años, estableciendo en 2008 el límite de la revisión, con objeto de analizar la situación reciente y la evolución en estos últimos años, dentro y fuera de España. Pese a ello, se han incluido dos trabajos de revisión anteriores por su relevancia.

SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

CONTENIDO DE LA PROPUESTA DE LEY DE MODIFICACIÓN DEL ARTÍCULO 763 LA LEY DE ENJUICIAMIENTO CIVIL.

Tal y como ya se ha comentado en la introducción de este trabajo, la vía escogida para legislar acerca de la obligatoriedad de recibir atención psiquiátrica de manera involuntaria fue la modificación del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil del año 2000, actualmente vigente. Este artículo recoge los derechos de una persona en internamiento involuntario por enfermedad mental grave, e incluye los mecanismos de salvaguarda de sus derechos legales. (1) Se buscaba agilizar la aprobación del TAI modificando y ampliando un artículo ya existente, siguiendo el razonamiento de que si se pueden adoptar medidas coercitivas puntuales que lleven a la reclusión forzosa, es incluso menos cuestionable moral y legalmente obligar a un

paciente a seguir el tratamiento que precisa de manera ambulatoria, ya que la privación de libertad es sustancialmente menor.

El punto que se propuso añadir al artículo 763 era el siguiente: (ver recuadro)

5. Podrá también el Tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un periodo de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del especialista, audiencia del interesado, informe del forense y del Ministerio Fiscal.

*En la resolución que se dicte deberá establecerse el plan de tratamiento, sus mecanismos de control, y el dispositivo sanitario responsable del mismo, que deberá informar al juez, al menos cada tres meses, de su evolución y seguimiento, así como sobre la necesidad de continuar, modificar o cesar el tratamiento. El **plazo máximo de esta medida será de dieciocho meses.***

La propuesta llegó en octubre de 2004 al Parlamento español a través del grupo parlamentario Convergencia y Unió.

CRITERIOS CLÍNICOS Y SOCIOSANITARIOS DE APLICACIÓN DEL TAI.

Al considerar la implantación del TAI, se hizo evidente la necesidad de establecer unos criterios que limitaran y consensuaran su aplicación. Dichos criterios serían los siguientes (5):

- Existencia de una **psicosis crónica**, con gran deterioro, y una historia clínica previa de frecuentes descompensaciones psicopatológicas debidas a la falta de conciencia de enfermedad y al abandono del tratamiento.
- **Frecuentes reingresos** en diferentes recursos hospitalarios, y una capacidad muy deficiente para tomar decisiones adecuadas acerca de los cuidados de salud necesarios.
- Historial de **conductas de riesgo auto y heteroagresivas**.
- **Apoyo sociofamiliar insuficiente** que supusiera un grave riesgo de abandono del tratamiento o incluso una posible situación de marginalidad.
- **Fracaso o inexistencia de otras alternativas** menos restrictivas,
- La **existencia de un tratamiento efectivo**, incluido en el plan terapéutico individualizado diseñado para el tratamiento ambulatorio involuntario de ese paciente.

LA PATOLOGÍA PSÍQUICA GRAVE Y LA INSUFICIENCIA DEL SISTEMA ASISTENCIAL.

Tal y como se ha reflejado en el punto primero de los criterios anteriormente mencionados, **el TAI se aplicaría únicamente en pacientes aquejados de un trastorno mental severo**, por el cual se dan unas condiciones patológicas que van a interferir en el principio de autonomía, y en la competencia de dichos pacientes para tomar decisiones acerca del tratamiento.

En muy pocos casos existe una sentencia de incapacitación judicial que facilite la adopción de medidas en contra de la voluntad del paciente, dado lo farragoso del procedimiento y la realidad de que en algunos casos la capacidad mental del paciente es intermitente, e

incapacitarlo de manera permanente vulnera sus derechos en determinadas áreas en las que sí es capaz, o durante momentos de estabilidad psicopatológica.

Si consideramos que el abandono de los cuidados ambulatorios y tratamiento farmacológico por parte de un paciente es la causa más frecuente de reingresos hospitalarios forzosos, este abandono supone un enorme coste económico para el sistema sanitario, y un no menos gravoso coste emocional para el paciente, su entorno, e incluso el personal asistencial de los diferentes recursos que brindan asistencia.

A raíz de la reforma de la atención psiquiátrica, promovida por el movimiento antipsiquiátrico, se promulga en 1986 la Ley General de Sanidad, que establece el desarrollo de diferentes servicios de atención psiquiátrica comunitaria. Se pretende instaurar con ello un modelo comunitario integral de atención, que vendría a sustituir a la atención psiquiátrica tradicional centrada en el entorno hospitalario y manicomial. (2)(6) Sin embargo, la escasez de recursos económicos en la implantación de dicho modelo comunitario se ha traducido en el descontento y la percepción por parte de los usuarios, los familiares, e incluso por los profesionales de salud, de numerosas deficiencias en el sistema.

Es necesario considerar también que, con el paso de los años, y a pesar de la reforma antipsiquiátrica, los avances farmacológicos, el desarrollo de medios, y los esfuerzos asistenciales, el paciente crónico cuyo deterioro lo incapacita para vivir en la comunidad sigue existiendo. El deficiente desarrollo de un modelo comunitario que pudiera compensar, ya que no sustituir por completo, las carencias en los dispositivos de larga estancia se traduce en algunos casos en la aparición de situaciones de riesgo, desarraigo del entorno familiar y marginalidad.

Tan sólo este coste humano ya justificaría adopción de medidas parcialmente privativas de libertad a la hora de tomar decisiones de salud, máxime cuando estas medidas van encaminadas a la recuperación de la conciencia y autonomías suficientes por parte del paciente para recuperar dicha libertad.

ARGUMENTOS A FAVOR DE LA PROPUESTA DEL TAI: LAS BASES DE LA PROPUESTA.

En primer lugar, tal y como se ha mencionado previamente, la enfermedad mental grave supone en muchos casos una disminución en las capacidades del paciente para tomar decisiones prudentes y pertinentes acerca de su tratamiento y cuidado. En principio, y sobre el papel, la adopción de medidas coercitivas para garantizar el tratamiento ambulatorio de un paciente blindaría su acceso a la asistencia, solucionando los frecuentes abandonos de tratamiento y el minimizando las recaídas y reingresos.

Otro argumento esgrimido en favor de la propuesta del TAI es su continuidad y coherencia con otras medidas legales que se adoptan en Europa acerca de determinados supuestos en los que la voluntad del paciente colisiona con los valores moral y socialmente aceptados, como en las conductas autolíticas o eutanasia, en resumidas cuentas, la terminación voluntaria de la vida. La tendencia actual es un cambio gradual en las mismas, pero aún persiste el proteccionismo y paternalismo sobre dichas conductas.

El TAI, además, supone la adopción de medidas terapéuticas en un entorno menos restrictivo que un hospital, limitando los costes económicos, la desestructuración familiar, y la estigmatización del paciente.

El TAI logra también dar una mayor prioridad a los casos más graves, ya que enfoca la atención en los pacientes susceptibles de esta medida. (1)

ARGUMENTOS EN CONTRA DEL TAI: EL PELIGRO DE LEGISLAR LO DIFERENTE.

Como era de esperar en un tema tan espinoso como el TAI, han surgido también argumentos en contra (1):

En primer lugar, ha sido complicado demostrar la eficiencia (coste/beneficio) y la efectividad en situación real del TAI. Es cierto que desde un enfoque teórico, el TAI es una solución aparentemente fácil a un problema, pero no hay que perder de vista que esta medida trata de

solucionar un problema derivado de la escasez de recursos, lo que no deja de ser paradójico, ya que se ha demostrado que el éxito en su implementación depende enteramente de la creación de una nutrida red de asistencia comunitaria, actualmente inexistente (7).

En segundo lugar, el tratamiento ambulatorio involuntario indudablemente pone en riesgo la relación terapéutica que se establece entre el profesional sanitario y el paciente. Convierte una relación de colaboración en una forma de custodia, volviendo a un modelo paternal de los cuidados. Esto afecta especialmente al vínculo terapéutico con la enfermera, por el estrecho y prolongado contacto que tiene con el paciente.

Habría que considerar, también, el incremento del riesgo de estigmatización de los pacientes psiquiátricos, ya que el TAI únicamente está contemplado en Psiquiatría. Por otra parte, el supuesto de que el TAI se extienda a otras áreas es incluso más estremecedor, hasta llegar a ejercer un control social sobre personas diferentes cuyas conductas no son aceptadas. De esto se hablará posteriormente en la discusión de este trabajo (4).

Estas medidas pueden disuadir al usuario a la hora de establecer un primer contacto con salud mental, ya que conllevan un riesgo a que le impongan un tratamiento no deseado una vez establecido dicho contacto.

Existen dificultades a la hora de implementarlas, ya que precisan un desarrollo paralelo de medidas judiciales y policiales complementarias que actualmente no existen.

Muchos legisladores consideran que la legislación vigente ya recoge de manera suficiente otras posibilidades de tratamiento involuntario, como el **proceso de incapacitación judicial** (4), que asegura garantiza el respeto por los derechos del enfermo al recoger la obligatoriedad de un peritaje y un juicio.

Para finalizar, la aparición de los neurolépticos inyectables de acción prolongada o depot, ha supuesto el establecimiento de un **modelo biológico mecanicista** del tratamiento psiquiátrico. Este modelo ha hecho que la asistencia y los cuidados enfermeros se centren fundamentalmente en la administración puntual del tratamiento farmacológico, en detrimento de otras intervenciones holísticas de seguimiento, lo que ha motivado que muchas asociaciones enfermeras hayan adoptado una postura contraria del TAI.

REBATIENDO LOS PUNTOS DE CONTROVERSIA.

Es posible encontrar al realizar una revisión bibliográfica diversas voces más cautas y atemperadas, que mantienen una actitud conservadora y expectante con respecto al TAI:

Es muy probable que la aplicación de medidas de tratamiento involuntarias pueda estar justificada en algunos casos, siempre y cuando se tenga en cuenta que deberían existir diferentes grados de coerción en su aplicación dependiendo de las características del caso en concreto..

Si bien es cierto que no hay pruebas sustanciales de la efectividad de las medidas de tratamiento involuntario, existen ya diversos estudios que dan indicios de que las órdenes de tratamiento judicial son efectivas, aunque en dichos estudios se pone de manifiesto la necesidad de recursos comunitarios suficientes que hagan posible su aplicación y el éxito de la medida.

La consideración acerca de la alianza terapéutica y el fracaso de la relación terapéutica que suponen las medidas coercitivas, puede rebatirse si se tiene en cuenta que en muchos casos no existen alternativas. El planteamiento de que se va a establecer una “mala relación terapéutica” en vez de una “buena relación terapéutica” es una falacia: en muchos casos, sin el TAI el paciente no acude a consulta en absoluto, con lo que la alternativa a una mala relación terapéutica es una relación terapéutica inexistente. El TAI busca garantizar al menos una toma de contacto con el paciente y establecer unos cuidados iniciales que permitan posteriormente retirar las medidas coercitivas y desarrollar una relación terapéutica más apropiada.

En cuanto al argumento de la existencia de medidas legislaciones vigentes suficientes como alternativa al TAI, es importante señalar que en muchos casos el propio entorno del paciente dificulta y retrasa la incapacitación judicial. Cuando inician el proceso, habitualmente tarde, emprenden una vía costosa, larga y lenta que en absoluto puede solucionar los conflictos del día a día y las situaciones de emergencia.

TRAYECTORIA LEGISLATIVA DE LA PROPUESTA DEL TAI

Para establecer la trayectoria legislativa que siguió a la aparición de la propuesta, hemos de considerar en primer lugar el acalorado debate que suscitó desde el inicio (1) (2). Así, la Sociedad Española de Psiquiatría Legal apoyó a la FEAFES y a la propuesta, mientras que la Asociación Española de Neuropsiquiatría, diversos Colegios de Enfermería, y Asociaciones Enfermeras se manifestaron en contra, haciendo hincapié en los potenciales inconvenientes, y señalando la necesidad de desarrollar antes de nada los muy escasamente desarrollados recursos de intervención comunitaria.

En octubre de 2006 surge una nueva propuesta legislativa. El Gobierno presenta un proyecto de ley de jurisdicción voluntaria, que incluye un capítulo acerca de la autorización judicial de los tratamientos involuntarios a las personas con trastornos psíquicos. A diferencia de la propuesta de 2004, en la que el punto de partida de la petición del TAI era la solicitud de la medida por parte de los servicios sanitarios, el nuevo proyecto, en un claro giro hacia la postura de las asociaciones de familiares, permitía acudir directamente al juzgado sin la previa propuesta del especialista. Finalmente, y ante la declaración de inconstitucionalidad de la propuesta de modificación de una ley ya existente, se archivó de manera definitiva la posible legislación del TAI.

LA PRÁCTICA DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO EN ESPAÑA (2)(8)(16)

Al margen de la trayectoria de la propuesta ya mencionada de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil, es una realidad que en España se aplica en la clínica un grado variable de coerción en los cuidados y el tratamiento del paciente psiquiátrico grave. Son prácticas habituales el coaccionar a un paciente para que acepte un tratamiento inyectable de larga duración u oral, o que acuda regularmente a consulta. También es frecuente la práctica de administrar un tratamiento oral más o menos camuflado sin notificárselo. En líneas generales, los profesionales sanitarios consideran que estas medidas en algunos casos son beneficiosas para el paciente, aunque se desconoce el impacto real sobre el proceso de enfermedad del paciente.

En un paso más allá, y a pesar de la ausencia de regulación jurídica al respecto, en diversas ciudades españolas se han puesto en marcha diferentes proyectos piloto de instauración del TAI, tal y como recoge Cañete-Nicolás (16): San Sebastián, Barcelona, Alicante lo han implantado en mayor o menor medida. Es especialmente interesante la implantación en Murcia y Valencia del llamado Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario. En Valencia se lleva aplicando desde 2003, y ya existen datos acerca del impacto que ha supuesto en los 140 pacientes incluidos en el programa. En la mayor parte de los casos los informes psiquiátricos que se han ido presentando para su evaluación al ser muy positivos, informando de mejorías y estabilidad psicopatológica significativa en un 72% de los casos.

LA IMPLANTACIÓN DEL TAI EN OTROS PAÍSES. (2) (7) (9) (10)

Las diferentes alternativas.

En Australia, Estados Unidos y Canadá se han establecido dos tipos de intervención terapéutica coercitiva, la denominada Alta Supervisada (AS), y el Tratamiento Obligatorio en la Comunidad (TOC)

Las Altas Supervisadas o Salidas de Ensayo, consisten en permitir un alta precoz del paciente en el dispositivo de hospitalización, bajo la condición de que siga el tratamiento en la comunidad. Se aplica a pacientes ingresados de manera involuntaria, y el incumplimiento del tratamiento ambulatorio conlleva el reingreso inmediato del paciente. Los informes acerca del éxito de estas medidas a la hora de acortar ingresos y fomentar la adherencia terapéutica tras el alta han sido significativamente favorables.

El TOC supone otro planteamiento, ya que se establece como medida preventiva del ingreso en vez de sucederse a un alta hospitalaria. En este caso se establecen órdenes de tratamiento para personas con gran deterioro que no reúnen criterios para el ingreso involuntario. La diferencia, por tanto, es que el paciente no precisa un internamiento previo a la instauración del tratamiento, que simplemente requiere una autorización judicial al médico y la realización de un seguimiento del paciente. Países como Estados Unidos, Canadá o Nueva Zelanda se

encuentran en este momento desarrollando nuevas legislaciones para regular la aplicación de estas medidas, ya adoptadas en Australia.

Datos acerca de su implantación.

Sin duda el país mas desarrollado en este ámbito es Estados Unidos, donde prácticamente todos los Estados cuentan con una u otra forma de tratamiento obligatorio en la comunidad, que es utilizado aproximadamente en 3 de cada 100.000 habitantes de la población general..

Estudios en torno a la frecuencia de aplicación del TAI en la población general, realizados también en Australia y Canadá, estima la prevalencia de uso entre un 5 a 15 por cada 100.000 habitantes. A pesar de todo, dichos datos contrarrestan las predicciones alarmistas de que la regulación legal del TAI dispararía las cifras de pacientes acreedores del mismo, ya que no se han encontrado incrementos significativos en la prevalencia e incidencia a lo largo de los años.

Los diversos estudios acerca del TAI han ido arrojando también resultados acerca de la efectividad del mismo, aunque dichos resultados son contradictorios. En un primer estudio que siguió a la aprobación de la Ley Kendra, en 1988, (10) en la ciudad de Nueva York no se encontraron diferencias significativas en las tasas de reingreso hospitalario, arrestos, y situaciones de marginalidad entre el grupo control y el grupo de estudio. Sin embargo, las últimas estadísticas recogidas en la página web de la oficina del gobernador del estado, que reflejan un estudio de 2001, hablan de una disminución en el número de ingresos y un incremento de la adherencia terapéutica en torno a un 80%, y la ausencia de diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de estudio en parámetros negativos para el paciente, como el estigma, la coerción, y la insatisfacción con el tratamiento. A pesar de todo, existen otros estudios que no han encontrado mejoras significativas en la evolución de los pacientes con TAI (7, 11,6, 9)

LA POSTURA ENFERMERA ANTE EL TAI (11)(12) (13)(14)(15)

Con respecto al último punto de los objetivos de este trabajo, la postura de la enfermería acerca del TAI es cauta, con opiniones diversas entre las que predomina la desconfianza. Se hace hincapié en la dificultad de establecer una adecuada relación de cuidados enfermeros bajo coerción, el peso que tiene la administración de medicación inyectada en el plan terapéutico de muchos pacientes, en detrimento del cuidado enfermero holístico, y la posibilidad de que el TAI se use como medida preventiva en pacientes que aún no han manifestado problemas en la adherencia terapéutica.

CONCLUSIONES

La propuesta de legislar acerca del TAI no ha prosperado por la pereza administrativa que llevó a presentarla como una modificación de una ley existente, siendo por ello declarada inconstitucional.

Existe una polémica acerca del TAI que ha impedido la aparición una nueva propuesta legislativa.

La aplicación del TAI en otros países puede servir de ejemplo: su éxito depende de los recursos existentes, y en casos concretos es positiva.

DISCUSIÓN

En cierto modo, a lo largo del desarrollo de este trabajo se han ido perfilando las líneas de batalla de la implantación del TAI en nuestro país. Una medida que se ha enfocado más como “necesaria y paliativa” que como “conveniente y positiva”, y que desde un primer momento se planteó como una solución *express* al malestar y la presión que ejercían grupos de familiares, me parece una medida encaminada al fracaso por más que como enfermera comulgue en parte con el espíritu de la misma.

No deja de ser curioso, y a la vez desalentador que el TAI, que en otros países se ha implantado como una evolución lógica del desarrollo y crecimiento de los recursos comunitarios, y por tanto de la inversión económica en este tipo de asistencia, en ese acto de fe que supone la intervención psiquiátrica en la comunidad, en España surja precisamente de lo contrario, de la ausencia de recursos que permitan un seguimiento adecuado del paciente, dentro y fuera del hospital.

La judicialización de la asistencia pretende sustituir al propio tratamiento, sin entender que el Tratamiento Ambulatorio Involuntario no es un tratamiento en sí, sólo una manera de acercar al paciente a los servicios sanitarios. Serán los médicos, las enfermeras, los psicólogos clínicos, los asistentes sociales los que habrán de aprovechar esa oportunidad que les brinda la ley de realizar una intervención que estabilice al paciente mental.

TAI sí, pero con condiciones.

En primer lugar, requiere de una dotación de recursos que actualmente no existe, y está encaminado al fracaso en estas condiciones. La premura con la que se preparó su aprobación, recurriendo a modificar una ley previa responde a esta presión por solucionar un problema de falta de recursos. El TAI no debe ser un remiendo, sino un potencial de mejora en beneficio del paciente, una medida conveniente y positiva, no una baza desesperada ante el desamparo del paciente mental grave.

Requiere de un estudio pormenorizado de cada caso, con una aplicación variable de las medidas coercitivas a cada paciente concreto, dependiendo de su capacitación para hacerse cargo de diferentes áreas de su autocuidado.

Desde un enfoque enfermero, la labor del cuidado del paciente no puede circunscribirse a la administración de la medicación inyectada u oral de manera regular, el TAI debe englobar acciones de cuidado, debe ser la puerta de acceso a un plan de cuidados del paciente que favorezca la mejora en la relación terapéutica y la adherencia, si es posible más allá del TAI.

Se han de establecer con rigor los criterios por los que se coacciona a un paciente a seguir un tratamiento. No se puede perder de vista que el TAI sigue siendo un medio de restricción de la libertad de una persona, y que el objetivo del mismo es garantizar el derecho que esa persona tiene de retomar su libertad. La actitud de proteccionismo y paternalismo en los cuidados de salud nos podría llevar a imponer un tratamiento a pacientes oncológicos que no lo desean, argumentando que su decisión de rechazar un tratamiento refleja que no son capaces de tomar una decisión adecuada con respecto a su enfermedad. Enfermos con VIH tratados para minimizar el contagio... ¿Fumadores? ¿Consumidores compulsivos de refrescos azucarados que malgastan recursos sanitarios debido a su obesidad?

La respuesta a todas estas cuestiones es que el derecho a libertad está por encima del derecho de protección de la salud, salvo en muy contadas ocasiones, por causa de enfermedades mentales graves con ausencia de juicio de realidad conservado. Y es precisamente esto lo que pagamos al contribuir económicamente en el tratamiento del obeso o del fumador.

No estamos pagando su derecho al cuidado de su salud, pagamos nuestro derecho a la toma de decisiones equivocadas y, por tanto, nuestro derecho a la libertad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santander F. Tratamiento Ambulatorio Involuntario: tal vez sí, pero... Cuad Psiquiatr Comunitaria. 2006; 6 (1): 47-54.
2. Ferreiros CE. Salud mental y derechos humanos, la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario. Lugar de edición: Ed. Cermi- 2007.
3. Urbaneja S. Derecho y Salud Mental. Criterios para la formulación de un sistema eficiente. Cuad Psiquiatr Comunitaria, 2006; 6 (1): 7-18.
4. González O. Tratamiento ambulatorio involuntario de los enfermos mentales. El trasfondo de un prolongado debate. Cuad Psiquiatr Comunitaria, 2006; 6 (1): 39-46.
5. Seoane JA. Derecho y salud mental. Capacidades, derechos justicia. Cuad Psiquiatr Comunitaria, 2006; 6 (1): 21-38.
6. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Rev. Esp. Salud Publica, set.-oct. 2011;85 (5) Published online in Scielo, Oct 2011.
7. Sánchez AE. Tratamientos psiquiátricos no voluntarios en la comunidad: una cuestión abierta. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria, 2006; 6 (1): 55-65.
8. Cañete-Nicolás C. Situación en España del tratamiento ambulatorio (TAI) para enfermos mentales graves. Actas Esp Psiquiat. 2012;40(1): 27-33.
9. Swartz MS. Randomized controlled trial of outpatient Commitment in North Carolina. Psychiatric Services 2001; 52:325-329.
10. Steadman HJ. Assessing the New York City Involuntary Outpatient Commitment Pilot Program. Psychiatric Services. 2001; 52:330-336.
11. Artículo de revista en internet. Davie E. Community treatment orders turn caring into authority. Nursing times (Internet), 2010. Available from: www.nursingtimes.net.
12. [Snow N, Austin WJ](#). Community treatment orders: the ethical balancing act in community mental health. [J Psychiatr Ment Health Nurs](#). 2009 Mar;16(2):177-86.