

**DERECHO Y SALUD MENTAL  
CRITERIOS PARA LA FORMULACIÓN DE UN SISTEMA EFICIENTE**

**Fernando Santos Urbaneja**

**Coordinador del Foro Andaluz del Bienestar Mental  
Fiscal de la Audiencia Provincial de Córdoba**

**Publicado en:  
CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA  
Volumen 6, número 1, 2006  
Tratamiento Ambulatorio Involuntario**

## **DERECHO Y SALUD MENTAL CRITERIOS PARA LA FORMULACIÓN DE UN SISTEMA EFICIENTE**

**Fernando Santos Urbaneja**

**Coordinador del Foro Andaluz del Bienestar Mental  
Fiscal de la Audiencia Provincial de Córdoba**

### **Dirección para correspondencia:**

Fiscalía de la Audiencia Provincial de Córdoba  
Plaza de la Constitución s/n  
14004 CÓRDOBA

e-mail: fsurbaneja@telefonica.net

### **RESUMEN**

El trabajo busca, en primer lugar, establecer unos acuerdos elementales sobre lo que es la enfermedad mental para, en un segundo momento, analizar si la legislación actual en esta materia es coherente con este planteamiento, si hay que desarrollarla o cambiar el rumbo.

El Derecho es un instrumento transformador de la realidad al servicio de unos objetivos que deben buscar el bien común.

De esta afirmación, la primera parte podemos tomarla como cierta; la segunda no es más que un deseo.

Ocurre además que el Derecho, para atender a los diversos intereses en juego, ofrece un complejo sistema de límites y contrapesos.

En el ámbito de la Salud, el enfermo, en determinadas condiciones, puede decir “no”, “ahora no” o “de otro modo”.

El trabajo trata de atisbar, en medio del laberinto, cuales serían los criterios para la formulación de un sistema eficiente en salud mental.

El resultado de la búsqueda es el siguiente:

“Abordaje bio-psico-social con miras a la rehabilitación y reinserción del enfermo para lo cual necesitamos; Legislación, Coordinación interinstitucional, actitud y recursos”.  
Y todo ello, respetando la autonomía del paciente.

El trabajo reflexiona sobre las dificultades del proyecto.

**Palabras clave:** Derecho, Política, Salud Mental, Autonomía, Consentimiento, Circunstancia, Legislación, Coordinación, Actitud, Recursos,

## INTRODUCCIÓN

Dicen que la Política es el arte de hacer posible lo conveniente. Pues bien, el Derecho es un instrumento principal al servicio de este fin.

Quien pretenda establecer un determinado sistema de atención en salud mental deberá legislar, esto es, deberá crear un cuerpo jurídico que exprese los principios y organice los servicios.

Cualquier cuestión relativa a la enfermedad mental acabará llevándonos a las grandes preguntas:

¿QUÉ ES LA SALUD MENTAL?

¿CÓMO SE ADQUIERE?

¿CÓMO SE PIERDE?

¿CÓMO SE RECUPERA?

Esta indagación nos llevaría muy lejos.

De momento quizá debamos conformarnos con pequeños consensos.

Creo que podemos estar sustancialmente de acuerdo en que la enfermedad mental es:

### CRÓNICA.

Esto, en estos días en que todos los remedios se quieren para mañana, es una auténtica maldición.

En salud lo que se lleva es el llamado “paradigma del cirujano”, esto es, intervenciones de breve duración con corto postoperatorio que devuelvan rápidamente al paciente a la salud y a su casa.

Las enfermedades crónicas, por la continuidad de cuidados que exigen y por los costes que conllevan, tienden a ser expulsadas del sistema.

### INESTABLE.

Los pacientes mentales alternan periodos de afectación grave y otros de remisión siendo aquéllos, por lo general, poco previsibles. Esto crea una gran inseguridad en el paciente y complica extraordinariamente el abordaje de proyectos de futuro.

### AÚN ESTIGMATIZANTE.

A pesar de los esfuerzos, a pesar de los avances, la enfermedad mental aún suscita rechazo y el rechazo bloquea las aspiraciones de recuperación y reinserción del enfermo.

Tiene pleno sentido el lema de la actual campaña desarrollada por el Ministerio de Sanidad, “Todos somos parte del tratamiento de una enfermedad mental: apoyo, respeto, comprensión”

#### EN BASTANTES CASOS, SUPRIME LA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

No se cuantos enfermos tienen conciencia de enfermedad y cuantos no. Lo que si se es que su situación es radicalmente distinta.

Estoy de acuerdo en que el enfermo que carece de conciencia de enfermedad está inhabilitado para adoptar decisiones respecto a la misma.

En cambio, el que tiene conciencia de enfermedad podrá manifestar su voluntad respecto a su tratamiento, como cualquier paciente.

#### AFECTA, MÁS O MENOS TRANSITORIAMENTE, A LA CAPACIDAD DE AUTOGOBIERNO Y AL EJERCICIO DE LOS DERECHOS.

Debido a esta inhabilidad transitoria planea sobre el enfermo mental la espada de Damocles de la incapacitación judicial.

Personalmente pienso que son muy excepcionales los casos en que tal medida puede tener justificación.

En todo caso se trataría de inhabilitaciones parciales para algunos actos.

Lo preocupante es que se están produciendo incapacitaciones totales, en bastantes ocasiones en base a un análisis muy superficial de la petición de incapacitación.

Sé que el Estado actual de la Administración de Justicia no da para mucho más pero pienso también que esta manera de actuar y sus gravísimas consecuencias pueden suponer para el enfermo un trato inhumano y degradante.

#### SE ENCUENTRA EN EXPANSIÓN

Las cifras nos dicen que cada vez es mayor el número de personas atendidas en los dispositivos de salud mental.

Además de los padecimientos clásicos han proliferado trastornos de nuevo cuño como los derivados del abuso de tóxicos. Los ingresos por este motivo han aumentado un 420% en los últimos diez años, según datos del Ministerio de Sanidad.

Por otro lado, si colocásemos unos detectives a la puerta de las consultas de los psiquiatras nos dirían que allí acude mucha gente y que abundan, entre los jóvenes; la inmadurez, la inadaptación y la violencia y entre los adultos; la tristeza y la ansiedad.

Creo que va siendo hora de plantear si estas situaciones deben ser objeto de tratamiento sanitario o, en su caso, si han de ser tratadas por el psiquiatra, entre otras cosas, porque la presión sobre el sistema está provocando la desatención de muchos pacientes mentales graves que, en buena parte, ni siquiera acuden a los dispositivos.

Así, parece que "Ni son todos los que van ni van todos los que son".

Por esta vía llegamos a constatar la gran paradoja que supone el comprobar que el sistema de salud mental se encuentra atrapado entre dos grandes colectivos: El formado por aquellas personas que, sin serlo, reivindican su condición de enfermos mentales y el de los que la rechazan siéndolo en realidad.

Cuando coincide que la persona padece realmente una enfermedad mental y la acepta, las expectativas de alivio o solución son altas.

Llegados a este punto es esencial que nos planteemos:

¿QUÉ QUEREMOS HACER CON EL ENFERMO MENTAL?

¿PODEMOS ELEGIR LA RESPUESTA?

Creo que no podemos elegir la respuesta pues no partimos de cero. La respuesta, al menos en parte, está en la Ley. Es decir, existe un cuerpo jurídico relativo a la salud mental que nos vincula.

Sobra decir que la Ley expresa la voluntad mayoritaria de la sociedad a quien va dirigida.

Es obligado por tanto analizar jurídicamente la cuestión.

## **PERSPECTIVA JURÍDICA**

La protección de la salud se plantea como un principio rector de la política social.

El artículo 43 de la Constitución dispone

**1.- Se reconoce el derecho a la protección de la salud.**

**2.- Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.**

**La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.**

En desarrollo de este artículo se promulgó en 1986 la Ley General de Sanidad, cuyo artículo 20, dedicado a la Salud Mental dispone:

**“Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:**

**1.- La atención a los problemas de la salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo la necesidad de hospitalización.**

**Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.**

**2.- La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.**

**3.- Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.**

**4.- Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.**

Parece claro que lo que la ley pretende es la rehabilitación y reinserción social del enfermo mental

Pero la Constitución no sólo ampara, sino que adopta como uno de los valores superiores del ordenamiento de nuestra convivencia, el reconocimiento y amparo de la libertad individual

Así, el artículo 16 establece:

**“Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos”**

En lo tocante a la autodeterminación respecto de la Salud, se promulgó la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, de Autonomía del Paciente

Esta Ley establece espacios de libertad entre el paciente y el sistema sanitario, de modo que el paciente puede decir “no” o el modo en que quiere ser atendido con los límites y requisitos que la propia ley establece.

Dispone el Art. 2-2, 2-3, y 2-4 de esta Ley

**“Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la ley”**

**El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.**

**Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito**

Ratificando lo precedente el Art. 8-1 dispone:

**“Toda actuación en ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso”**

El Art. 11 se refiere a las instrucciones previas

**1.- Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad con objeto de que se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.**

**El otorgante del documento puede designar además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o con el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.**

Este es el marco legal de fondo.

Un sistema de salud que se activa o desactiva a instancia del enfermo que tiene capacidad para decidir por sí mismo al respecto.

Podemos preguntarnos:

**¿Estas Leyes están bien orientadas? ¿Acertaron los Parlamentarios al aprobarlas?**

A mi juicio sí. El problema es que son extraordinariamente generales y escuetas.

La Ley General de Sanidad hace lo que debe hacer, establecer los principios, pero aún se encuentra casi huérfana de desarrollo.

Por su parte, la Ley de Autonomía del Paciente, no distingue entre colectivos distintos, deja sin regular las garantías formales que han de rodear la declaración de voluntad y solo establece unos vagos límites a la eficacia de la declaración.

Por eso me parece urgente la regulación de los Tratamientos Médicos no consentidos, como complemento a lo dispuesto en la Ley de Autonomía del Paciente cuyos preceptos son claramente insuficientes.

Ya en la Memoria de la Fiscalía correspondiente al año 1999 (entonces aún no se había promulgado la Ley de Autonomía del Paciente) reclamaba yo esta Ley en los siguientes términos:

**“En cuanto a los tratamientos médicos no consentidos, la única regulación que existe es la del tratamiento en régimen de internamiento (Art. 211 C.Civil) y ello de modo claramente insuficiente.**

**Pero ¿qué ocurre con el tratamiento forzoso en régimen ambulatorio o el prestado en el propio domicilio del enfermo? ¿Cómo ha de llevarse a cabo? ¿Estarían justificados los tratamientos preventivos o sólo los curativos o paliativos?**

**¿Qué garantías tendría el enfermo frente a ese tipo de actuaciones sanitarias? ¿Hasta donde llegaría el control judicial?**

**Son preguntas que tienen variadas respuestas, algunas radicalmente divergentes convendría abordar legislativamente esta cuestión.**

**Sería necesaria una Ley que contemplase las particularidades de los diversos colectivos afectados (enfermedad mental, toxicomanía, anorexia, etc..., )**

Frente a esto lo que ha habido, en el ámbito de la enfermedad mental es una iniciativa particular propiciada por FEAFES tendente a añadir un quinto párrafo al Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil referida al tratamiento ambulatorio involuntario en los siguientes términos:



**ART. 763-5 LEC:** 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 duración de esta medida será de dieciocho meses.**

No quiero ahora exponer los motivos que me han llevado a oponerme a esta modificación legal por ser muy extensos. Me remito a mi trabajo titulado “*Sobre la pretendida judicialización de los tratamientos ambulatorios no consentidos; razones para una oposición y contrapropuesta*”, al documento elaborado por el grupo de expertos de la AEN y al Informe del Defensor del Pueblo de 11 de Noviembre de 2005.

No obstante, algunas de las razones podrán percibirse con claridad en las siguientes líneas.

## **CONFIGURACIÓN DE UN SISTEMA DE SALUD MENTAL EFICIENTE**

Si lo que se quiere es aislar al enfermo mental, el sistema manicomial es muy eficiente.

Si lo que se pretende es tener “sedado” al enfermo mental, la intervención puramente farmacológica, impuesta incluso por medios coactivos, también puede resultar muy eficaz.

Ahora bien, si lo que se pretende es la rehabilitación y reinserción del enfermo hay que hacer otras cosas:

**Primero:** Tener previstos dispositivos tanto para los enfermos que acuden a los Equipos de Salud Mental, como para los que no acuden.

Para estos últimos es urgente establecer equipos de actuación externa que se ocupen del seguimiento y control en su medio del enfermo, que negocien con él, que apoyen a sus familiares, que informen a los vecinos. En definitiva, que realicen esto que se ha dado en llamar “Tratamiento Asertivo en la Comunidad”

**Segundo:** Dentro del ámbito sanitario, más allá de la intervención meramente farmacológica, debe darse al tratamiento psicológico la relevancia que tiene en orden a la recuperación y rehabilitación del enfermo.

**Tercero:** Es esencial que exista la adecuada coordinación entre las estructuras sanitarias y sociales.

Este es el gran escollo contra el que una y otra vez chocan los intentos de mejorar el sistema.

Ortega y Gasset en las Meditaciones del Quijote proclamaba aquello de "Yo soy, yo y mi circunstancia". Esta es la mitad de la frase que ha hecho fortuna, que se cita y se recuerda.

Pero Ortega dijo más: "y si no la salvo a ella no me salvo yo"

Si se después de la intervención sanitaria se devuelve al enfermo al entorno, a la "circunstancia" que generó el trastorno, éste volverá a re-generarse.

Es preciso proporcionar recursos asistenciales, ocupacionales que permitan al enfermo reorientar su vida por otros derroteros.

En Andalucía, La Fundación Andaluza de Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), me parece un buen modelo.

En definitiva lo que se propone no es más que el abordaje "bio-psico-social". Fuera de este marco no hay verdaderas soluciones.

## **¿POR DÓNDE HABRÍAN DE IR LAS REFORMAS LEGALES EN MATERIA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL?**

En mi opinión, al servicio del objetivo marcado, esto es, el abordaje bio-psico-social con miras a la rehabilitación y reinserción del enfermo, las reformas deberían incidir en cuatro variables

### LEGISLACIÓN – COORDINACIÓN – ACTITUD - RECURSOS

La fórmula es sencilla, lo difícil es contar con todos los ingredientes:

#### LA LEGISLACIÓN

Como ya he señalado, en mi opinión los principios generales que definen el modelo están muy bien recogidos en el Art. 20 de la Ley General de Sanidad.

Es preciso acometer:

- a) Una regulación precisa de la atención domiciliaria (El Art. 15 de la Ley 16/2003 de 28 de Mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la contempla expresamente en caso de urgencia)
- b) Los recursos asistenciales a nivel ambulatorio
- c) La coordinación del sistema sanitario con el de los servicios sociales

Ya sea a través de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ya sea a través de la legislación de las Comunidades Autónomas con competencias transferidas, debería abordarse el desarrollo de estos aspectos.

Por otro lado, en cuanto a los derechos del paciente, me parece necesario completar las previsiones de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente en los siguientes aspectos:

- a) Límites de la declaración de voluntad.
- b) Garantías formales para la documentación de las voluntades anticipadas.

Es preciso también repensar los mecanismos de control y salvaguarda de los derechos del enfermo.

Actualmente el control es judicial. (Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil). Cuando se estableció este sistema en el año 1983, tenía pleno sentido en función de la situación precedente.

De cara al futuro se pueden pensar con naturalidad en formas de control no judiciales (Comités de Ética) o de composición mixta (Administrativo-Judicial).

En cualquier caso me parece esencial que la regulación del procedimiento de control se saque de la Ley de Enjuiciamiento Civil y se lleve a la Ley de Autonomía del Paciente.

Antes del año 2002, cuando no se contaba con esta Ley, podía tener justificación la inclusión del control del internamiento involuntario de un enfermo mental en la Ley de Enjuiciamiento Civil pero hoy no.

## LA COORDINACIÓN

La coordinación entre los sistemas implicados (Sistema Sanitario – Servicios Sociales – Administración de Justicia – Fuerzas de Seguridad) es deficiente.

Con frecuencia da la impresión de que cada sistema trabaja como si los otros no existieran.

Entre todos debería existir el convencimiento de estar prestando un servicio común, incluso de pertenecer a un servicio común.

## LA ACTITUD ENTRE LOS PROFESIONALES

Una actitud adecuada entre los distintos profesionales intervinientes es crucial, tanto para la atención del enfermo, como para lograr la necesaria coordinación inter-institucional.

Hace falta mucha empatía, mucha paciencia, mucho tiempo y mucha ilusión para compartir con el enfermo el camino que le lleve a la recuperación. Si se carece de esto no quedan más que los fármacos.

Hemos de reconocer que existe un porcentaje apreciable de profesionales “quemados” o “inhibidos” poco dispuestos a hacer esfuerzos extraordinarios.

## LOS RECURSOS

Sin medios no se puede ser eficaces.

Como ya he señalado, ante la insuficiencia de medios, parece razonable establecer prioridades y atender preferentemente al enfermo mental grave en detrimento de otros padecimientos menores que, en su caso, deberían ser asumidos por la atención primaria.

En cambio lo que hoy se advierte es una colonización de los Equipos de Salud Mental por los padecimientos menores y el abandono del enfermo mental grave que carece de conciencia de enfermedad o que ha decidido no tratarse.

Esta es la receta;

### LEGISLACIÓN – COORDINACIÓN – ACTITUD ENTRE LOS PROFESIONALES Y RECURSOS

Ocurre que no hay ninguna cadena que sea más fuerte que el más débil de sus eslabones y es obvio que en esta cadena existen eslabones muy débiles.

En la actualidad, en el tratamiento de la enfermedad mental se ha exacerbado el tratamiento farmacológico hasta el punto de que no puede hacerse ya mucho más en este aspecto.

Pero el mero tratamiento farmacológico no rehabilita ni reinserta y la meta del sistema es rehabilitar y reinsertar

Así lo señala el Art. 20-3 de la Ley General de Sanidad.

**3.- Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.**

Sólo a través de la rehabilitación y la reinserción social podrá el enfermo tener oportunidades de libertad y, en definitiva, de dignidad.

Esto es precisamente lo que la Constitución demanda de los poderes públicos respecto de los ciudadanos.

Dispone el Art. 9-2 de la Constitución que:

**Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.**

Y ello porque la libertad y la igualdad son exigencias de la dignidad de la persona, a la que se refiere el Art. 10-1 de la Constitución:

**“La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la Ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”.**

**Esta es la gran revolución ética, considerar al enfermo mental como un sujeto de derechos, como una persona esencialmente digna**

Cuando se examina nuestra historia, remota y reciente, se cae en la cuenta de lo esto significa.

Hasta hace poco el tildado de loco, sobre todo si era pobre, era un ser maldito al que había que segregar de la sociedad y el Derecho se puso al servicio de este fin. Rodrigo BERCOVITZ denuncia abiertamente este proceso en su luminosa obra “La marginación de los locos y el Derecho (1976)

Hoy el proceso debería ser el inverso.

La legislación está bien orientada. El Art. 20 Ley General de Sanidad se alinea perfectamente con el Art. 9-2 y 10 de la Constitución pero es un hecho que existen fuertes resistencias a la realización del abordaje “bio-psico-social” que podría cumplir este objetivo. Resistencias de tipo social, corporativo o institucional como señala el Psiquiatra Onésimo GONZÁLEZ ÁLVAREZ en artículo publicado en “Diario Médico” el día 5 de Diciembre de 2005.

Pero si hablamos de libertad para el enfermo tenemos que hablar al mismo tiempo y al mismo nivel de responsabilidad.

En el año 1978, en la fachada del Hospital Psiquiátrico de Trieste podía leerse una gran pintada que decía “LA LIBERTAD ES TERAPÉUTICA”.

Esto es una gran verdad, pero la libertad también es dura, porque llevar las riendas de la propia vida exige tomar decisiones, renunciar a unas cosas para conseguir otras, resolver conflictos, luchar por lo que se aprecia.

Quien reclame libertad debe reclamarla en toda su dimensión.

Me preocupa el fenómeno de “la enfermedad-remedio”; Obviamente lo respeto, porque ni el Sistema Sanitario ni el Derecho tienen como misión el perfeccionamiento ético de las personas mayores de edad, ni el suscitar en ellas aspiraciones de libertad o de desarrollo de sus cualidades potenciales o de su personalidad. Ahora bien, el Sistema Sanitario y el Derecho deben facilitar a los enfermos que tengan estos objetivos, la consecución de sus anhelos “promoviendo condiciones, removiendo obstáculos...”, como manda el Art. 9-2 de la Constitución.

Lo que rechazo sin contemplaciones es el fenómeno de “la enfermedad coartada”, que sólo persigue colarse, sin justificación, en el sistema para detraer recursos y beneficios.

Quiero terminar transmitiendo una impresión.

Me parece que, en la atención a los enfermos mentales, los últimos diez años han estado presididos por la atonía. El impulso inicial de la inacabada reforma psiquiátrica fue amortiguándose hasta desaparecer. Los que más han sufrido esta situación han sido los enfermos mentales graves y sus familiares. No es extraño que éstos últimos hayan adoptado iniciativas demandando una solución.

Ahora el reto está en desarrollar de una vez los principios y previsiones contenidos en el Art. 20 de la Ley General de Sanidad o dejar que las cosas sigan discurrendo como hasta ahora, con una atención centrada en lo farmacológico para el enfermo que acude a los dispositivos de salud y un olvido del enfermo mental grave que, por distintas circunstancias, no acude o ha decidido no acudir a los dispositivos.

Creo que ahora es un momento para salir del letargo, contrastar la realidad con los principios y hacer las correcciones que conduzcan a su identificación.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Memoria de la Fiscalía General del Estado correspondiente al año 1999.
- 2.- Revista de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), Número 7 correspondiente al mes de Mayo de 2004.
- 3.- Santos Urbaneja Fernando: “Sobre la pretendida judicialización de los tratamientos ambulatorios no consentidos: razones para una oposición y contrapropuesta”.
- 4.- Documento del Grupo de Expertos designados por la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Tratamiento Ambulatorio Involuntario.
- 5.- Informe del Defensor del Pueblo de fecha 11 de Noviembre de 2005.
- 6.- Ortega y Gasset, “Las Meditaciones del Quijote” 1914.
- 7.- Fundación Andaluza de Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM)
- 8.- Bercovitz Rodrigo: “La marginación de los locos y el derecho” 1976.
- 9.- González Álvarez Onésimo: “Sobre el Tratamiento Ambulatorio Involuntario de los enfermos mentales. Un debate prolongado para una reforma innecesaria” – Diario Médico, 5 de Diciembre de 2005.

## **LEGISLACIÓN**

Constitución Española de 1978 (Arts. 9-2, 10 y 43)

Ley General de Sanidad de 1986 (Art. 20)

Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, de Autonomía del Paciente.

Ley 1/2000 de 7 de Enero, de Enjuiciamiento Civil (Art. 763)

Ley 16/2003 de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.