

DERECHOS FUNDAMENTALES DEL DISCAPACITADO PSÍQUICO. LA LEY 41/2002 (NUEVA LEY DEL PACIENTE)

D^a. Raquel Blanco del Barrio
Asesora jurídica

Resumen

En la presente ponencia, se discuten los derechos fundamentales definidos como aquellos que son mínimos, básicos e irrenunciables, es decir, son innatos a la naturaleza del ser humano. No se ostentan. El estado debe velar por la protección. Así lo contempla la Constitución y les establece un mecanismo de protección legal y judicial preferente y sumario. Asimismo se exponen algunos aspectos interesantes y aclaradores sobre los tratamientos ambulatorios involuntarios. En este sentido, la ley prevé dos instrumentos jurídicos de actuación cuando se considera con criterio médico que un paciente necesita una intervención médica y cuando el paciente realmente no quiere esa intervención: el internamiento y la incapacitación.

PALABRAS CLAVE: *Derechos fundamentales, tratamientos ambulatorios, pacientes.*

Abstract

In this paper, we comment upon the fundamental rights, defined as those that are minimal, essential, and irrevocable, that is, they are innate to the nature of the human being. They are not visible. The state should be responsible for their protection. This is contemplated in the Constitution, which establishes a preferential and summary mechanism of legal and judicial protection for these rights. Similarly, some interesting and clarifying aspects about involuntary outpatient treatments are discussed. In this sense, the law foresees two judicial action instruments: when, based on medical criterion, it is deemed that a patient requires medical intervention and when the patient really does not want such an intervention: hospitalization and incapacitation.

KEY WORDS: *fundamental rights, outpatient treatments, patients.*

Quiero agradecer a la Sociedad de Psiquiatría Forense que me haya invitado y en especial a don Enrique Esbec que lo hizo personalmente, reprocharle lo único que la próxima vez que me dé veinte minutos para hablar no me de tanta materia de la que hablar, porque es prácticamente imposible hacer algo medianamente decente.

Únicamente quiero apuntar, y con eso no quiero ponerme en contra de todos ustedes, que igualmente que no se puede generalizar, y es solamente un apunte al comentario que ha hecho el doctor Ginés, igualmente que no se puede generalizar, sobre que todo el cuerpo judicial, efectivamente, sea una especie de órgano sancionador, porque en materia de Derecho Civil es únicamente un órgano garante de derechos y un medio puesto para que ustedes los profesionales de la psiquiatría utilicen los instrumentos legales a su alcance. De la misma forma, que no se puede generalizar del cuerpo judicial, no se puede generalizar de los psiquiatras, tampoco se puede generalizar de las familias.

Hoy vivimos en una sociedad donde las familias se están desestructurando desde las bases, desde los inicios, desde que se constituyen las primeras parejas de los matrimonios y eso afectará, lógicamente, a las personas adultas, que padezcan una enfermedad mental.

Desde luego que hay familiares, que, efectivamente, no parecen colaborar con los enfermos, pero también les puedo decir que no se puede generalizar que el cuerpo médico, quiere a los familiares dentro de las consultas.

Sería lo ideal, el buen hacer de la práctica que decía el doctor Fuentes y el doctor Ginés, pero no se puede generalizar de todos los médicos, y yo trabajo en un servicio de atención directa a familiares, trabajadores sociales y enfermos mentales de toda España.

Llevo siete años trabajando en este servicio. No se puede generalizar que los médicos quieran a los familiares dentro de la consulta, les puedo garantizar que hay médico-psiquiatras que, efectivamente, tienen un contacto una vez al año con los familiares y si acaso consiguen que les descuelguen el teléfono. No es una crítica, porque, yo comprendo que un señor, sobre todo, de la administración sanitaria pública, si tiene doscientos pacientes a la semana, o tiene cincuenta pacientes o setenta y, seguramente, las cifras son mucho más grotescas de lo que yo pienso, pueda dedicarse a atender a las familias.

Sería lo ideal y el buen hacer, pero no se puede generalizar eso de los médicos y me gusta apuntar este dato.

Cuando decía el doctor Fuentes que hemos pasado de “doctor haga lo que pueda” a “tengo derecho a”, realmente, lleva razón; pero eso no sólo pasa en el orden médico, sino en todos los órdenes profesionales y yo soy abogada en ejercicio y les puedo garantizar pidiendo -por favor atiéndame- y ahora: -quiero que usted gane el pleito-, es decir, esta situación exacerbada de lo que es entender un estado de derecho, porque es una situación exacerbada, existe en todos los órdenes profesionales.

Y, por qué hemos llegado a esta situación, bien, qué significan los derechos fundamentales, que es lo que yo voy a debatir aquí. Como tengo muy poco tiempo, les voy a hacer un breve repaso de lo que significan los derechos fundamentales, de lo que es la normativa internacional y española en materia de enfermedad mental, no de salud mental, que es algo general, si no de enfermedad mental.

Y luego quiero dedicar, y quiero que entiendan que toda la intervención que voy a hacer va encaminada a proponerles delante de la mesa, la imposición de un tratamiento ambulatorio involuntario. Y todo lo que yo venga a decirles va a ir encaminado a terminar en esta última propuesta.

¿Qué significa un derecho fundamental? Todos hablamos del derecho de libertad, libertad ideológica, libertad de expresión, libertad deambulatoria, libertad de elegir residencia. O hablamos del derecho de asociación, o hablamos del derecho de integridad física y psíquica, o hablamos de una serie de derechos.

¿Qué diferencia tienen esos derechos con un derecho de la propiedad, o con un derecho civil ordinario? Pues miren, es muy simple. Los derechos fundamentales no se ostentan, no son titularidad absolutamente de nadie. Yo no tengo derecho a mi libertad. La libertad es algo innato a la naturaleza del ser humano. Esa es la diferencia entre un derecho fundamental y cualquier otro tipo de derecho.

Los derechos fundamentales son derechos innatos, yo no tengo derecho a la vida, ni tampoco a disponer de mi vida, aunque hablando esto ante el cuerpo médico tiene mucho que debatir. Pero entiéndanme. En pura teoría del Tribunal Constitucional y en pura doctrina no tengo derecho a la vida. Tengo derecho a que los poderes públicos y el Estado velen por la protección de mi vida.

Tengo derecho a que los poderes públicos y el Estado velen por la garantía de mi derecho a la libertad. Esa es la diferencia entre un derecho fundamental y un derecho civil o un derecho de cualquier otra naturaleza.

En esta situación podríamos definir los derechos fundamentales como aquellos que son mínimos, básicos e irrenunciables. De forma, y vuelvo a insistir, que son innatos a la naturaleza del ser humano. No se ostentan. El estado debe velar por la protección. Así lo contempla la Constitución y les establece un mecanismo de protección legal y judicial preferente y sumario.

Tienen una naturaleza dual, tienen un carácter objetivo y tienen un carácter subjetivo. Desde el punto de vista subjetivo los derechos fundamentales son aquellos que nos van a permitir desarrollarnos personalmente y participar en una acción social y comunitaria.

Desde un punto de vista objetivo, efectivamente, van a ser criterios de inspiración, y quiero que tomen este dato en cuenta, son criterios de inspiración de todo el ordenamiento jurídico. De manera que los derechos fundamentales tal cual descritos y aquellos principios a los que luego me referiré contenidos en un sin fin de normas internacionales como la declaración universal de derechos humanos, etc. son principios que inspiran al ordenamiento jurídico y digamos que ponen algo de luz cuando la norma se aplica mal o cuando no hay norma que aplicar.

Son aquellos criterios que los juzgados y tribunales aplicarán en defecto de norma o cuando la norma se haya quedado corta, al hecho en sí que se está enjuiciando, que se está valorando.

¿Son absolutos los derechos fundamentales? Pues no. Efectivamente no son absolutos y se pueden limitar. La propia Constitución cuando enumera los derechos fundamentales, practica y determina ya una serie de causas por los que pueden ser privados parcialmente o limitados esos derechos fundamentales.

Hay otro límite que es lógico, y es cuando se pone un derecho fundamental digamos prioritario por encima de él. Parece ser que el derecho a la vida y a la integridad física y psicológica puede estar muy por encima en escala de otro derecho fundamental, como puede ser, la libertad deambulatoria, o la libertad ideológica, o la libertad de decidir si quiero o no un tratamiento.

¿Cuándo se puede limitar también? Cuando entramos en colisión con los derechos fundamentales, no propios, como la vida o la integridad, sino los ajenos. También se puede poner y limitar cuando efectivamente se está ejerciendo esos derechos en claro abuso de la norma. Es decir, contraviniendo otras normas legales.

Mi derecho a la libertad no puede impedir a un señor que proteja su propiedad, no me da derecho a mi entrar en un domicilio ajeno, por ejemplo, o bien a privarle de algo porque mi libertad de deambulación así lo determina. Cuando entramos en colisión con otras normas jurídicas o en un abuso del ejercicio de esos derechos también puede ser limitado.

Ahora bien, ¿cómo pueden ser limitados? Pues miren ustedes, solamente por resolución judicial. Absolutamente, solo pueden ser limitados por resolución judicial, y como no tengo mucho tiempo y no les voy a decir aquí cuáles son los principios, les voy a leer brevemente, una sentencia del Tribunal Constitucional que los juristas siempre utilizamos mucho, que en un párrafo deja muy claro cuales son la doctrina y las posibilidades de limitación de un derecho fundamental.

Sentencia del Tribunal Constitucional del 19 de julio de 1990, y dice: “Sólo ante los límites que la propia Constitución imponga al definir cada derecho o ante a los que de manera mediata o indirecta de la misma, se infieran al resultar justificados por la necesidad de preservar otros derechos constitucionalmente protegidos, pueden ceder los derechos fundamentales. Estas limitaciones al ejercicio de este derecho fundamental no pueden obstruir dicho derecho más allá de lo razonable”, -que va a ser el primer criterio-, “de modo que, todo acto o resolución que limite derechos fundamentales ha de estar normativamente fundado, ha de estar motivado, ha de asegurar que las medidas limitadoras sean las necesarias”, -es el cuarto criterio-, “para el fin perseguido, y ha de atender a la proporcionalidad entre el sacrificio del derecho y la situación en se haya aquel al que se le impone. Y en todo caso respetar su contenido”.

Esto que les puede parecer una teoría, un auto autorizando un internamiento involuntario tiene que ser motivado, fundado, razonable y proporcional y tiene que asegurarse el juez que cumpla todos esos requisitos. Obviamente, como no es perito, se va a regir por lo que dictamine un médico, porque realmente es una autorización a una orden médica previa.

Conteniendo así los derechos fundamentales, hay que hablar de otra serie de principios que inspiran el ordenamiento. Y en ese sentido, ¿en qué marco jurídico nos movemos?. Pues miren, nos movemos en la Constitución, en los artículos 39, 41, 43 y 49, que hablan del derecho a la salud, del derecho a la protección social-económica-jurídica de la familia, etc. Estamos hablando de la declaración de esos principios que inspiran el ordenamiento jurídico, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos del año 1948 que hablaban de la protección de la salud, el bienestar, la asistencia médica, y los servicios sociales necesarios.

Hablamos del convenio europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales del año 1950. Que por cierto es el primer convenio que efectivamente se constituye como una norma supranacional de aplicación de varios estados y además especifica unos mecanismos de control también judicial para que efectivamente se cumpla como es la Comisión y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

Hablamos del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, todos los que cito están ratificados y son norma por encima de la Constitución al ser tratados internacionales.

Hablamos del Convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo que también se refiere al derecho de las personas a tener una vida digna y a la rehabilitación. Hablamos de la Declaración de Derechos de los Impedidos en los que se manifiesta que toda persona producto de una enfermedad física o mental tiene derecho a recibir la atención médica, psicológica y funcional, a la readaptación médica y social.

Hablamos del Consejo Económico y Social de la ONU de 1991 que establecía los principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de salud mental.

No me quiero enrollar con esto porque en este Consejo Económico y Social, en estos principios, realmente ya se empiezan a ver el cambio de ideología y la evolución que el tratamiento psiquiátrico y la evolución de la enfermedad mental ha tenido en nuestros días, sencillamente porque ya se habla de tratamientos no de internamientos, ya se habla de intervenciones no de ingresos solamente, se habla de otra serie de pausas.

Y quiero leer un cachito del anexo dos de estos principios del año 1991 que dice: “Si bien es importante proteger a los enfermos mentales de los abusos y garantizar que la calificación de enfermedad mental no sea una excusa para limitar inadecuadamente los derechos de las personas, es igualmente importante proteger a los enfermos mentales del abandono y garantizar que se satisfagan sus necesidades de atención y tratamiento.

Estuve en unas jornadas en Marbella hace un año y me chocó mucho ver como el señor Chamizo, el defensor del Pueblo Andaluz, manifestaba que “no podemos seguir utilizando la falta de consentimiento o la decisión del enfermo de no medicarse, es decir, esta falta de consentimiento, es que no quiere venir a la consulta, es que no quiere medicarse, para justificar un abandono socio-sanitario”.

Y ojo, que esto no es igual de lo que dijo el señor Chamizo, lo digo yo más modestamente, esto no es un reproche al ámbito sanitario, es una situación que afecta a todos y que nos afecta a todos como sociedad. No podemos seguir justificando la falta de adherencia a un tratamiento de forma voluntaria, para un cubrir lo que es meramente un abandono socio-sanitario al que se ven inmersos un núcleo de enfermos mentales.

En materia de normativa española desde luego ya la Constitución que ya he citado, pero también la Ley General de Sanidad del año 1986 preveían en el artículo 20 una serie de principios entre ellos la asistencia domiciliaria que ya sabemos todos en que situación se encuentra y demás.

A partir de ahí, hubo un Real Decreto, el de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud de Desarrollo de la Ley General de Sanidad, todo ello normalmente como establecía la propia Ley General de Sanidad para debatir o tratar lo que era la organización sanitaria.

Ha habido, no obstante, desde el año 1999 y hasta la fecha dos normas trascendentes, aunque yo creo que más ha sido la intención que otra cosa. Me refiero al Convenio de Oviedo, que es un Convenio Internacional que se aprobó en el año 1997, que se ratificó en el año 1999 y entró en vigor en el año 2000, por primera vez una norma habla de una norma ya ratificada incorporada a nuestro ordenamiento, habla de la posibilidad de intervención. Y dedica un capítulo entero al consentimiento informado.

Y de verdad, que ustedes no me dan ningún tipo de envidia porque les admiro y les respeto mucho, porque son ustedes como cuerpo médico los que deben valorar consentimiento informado. Y si definimos el consentimiento informado como, dice la Ley de Autonomía del paciente a la que ahora me referiré, “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada.

Cómase, con que criterio están ustedes adoptando y valorando si un señor que tienen delante o un paciente, efectivamente, tiene un consentimiento informado y hasta que punto su información, o su enfermedad le permite ser libre y consciente de lo que está ocurriendo.

El Convenio de Oviedo digo, que efectivamente, ya trata el capítulo del consentimiento informado en varios artículos. Dedicó el artículo 6 a hablar de aquellos casos, realmente se refiere a aquellos casos de demencias degenerativas, es decir, Alzheimer y situaciones de enfermedad degenerativa.

Y en el artículo 7, establece los mecanismos para el consentimiento informado de trastorno psíquico y viene a decir, para no aburrirlos, que efectivamente, y eso lo saben ustedes en cualquier caso, cuando haya causas donde se pueda presumir que no existe ese consentimiento informado de cara a un trastorno psíquico se podrán tomar determinadas intervenciones, no habla de internamientos, determinadas intervenciones, eso sí con la posibilidad de recurso y valoradas previa la autoridad competente que en nuestro país será la autoridad judicial. Únicamente, porque insisto que tiene que garantizar los derechos fundamentales de esa persona.

En desarrollo del Convenio de Oviedo y en el desarrollo de esos principios que establecía la Ley General de Sanidad, de dignidad, del derecho de confidencialidad del paciente se aprobó la Ley de Autonomía del Paciente en noviembre de 2002.

Yo, me van a disculpar ustedes, pero yo creo que es una ley que efectivamente, es una opinión mía personal, pero no ha puesto gran cosa, por no decir que no ha puesto prácticamente nada.

No ha puesto prácticamente nada a los pacientes, y tampoco les ha puesto prácticamente nada a ustedes, porque les puede general una gran esperanza o un gran desasosiego, ambas cosas. Creo que lo único que efectivamente ha tenido de nuevo o de novedoso la ley de autonomía del paciente, es el tema de las instrucciones previas, es decir, esa posibilidad de que alguien determine que quiere hacer en los últimos estadios de su vida con respecto a su salud y a las intervenciones y crear ese registro en el Ministerio de Sanidad de instrucciones previas.

Hay otro dato novedoso, es que, al lado de los familiares están finalmente aquellas personas que de hecho realmente están cercanos al paciente. Es la primera vez, pero esto va en consonancia con toda la evolución histórica y jurídica también de lo que se trata de personas de hecho, o familiares de hecho, o guardadores de hecho.

Por lo demás, realmente ha querido ser un desarrollo de esos principios de consentimiento, de información, de los derechos de los pacientes, pero realmente no ha puesto mucho más, o ese es mi criterio, a lo que ya se estaba practicando. Porque lo único que ha hecho es constatar digamos los de protocolo de actuación que ustedes en los tratamientos médicos ya tenían. Es decir, el deber de informar, el deber de emitir informes, el deber efectivamente de guardar una historia clínica y de que esa historia clínica tenga unas determinadas connotaciones.

No voy desarrollar más, porque no me va a dar tiempo y ya me están dando toques de atención y comprendo que la hora ya les aburre. Sobre la Ley de Autonomía del paciente aunque tenía meramente un extracto preparado sobre ella.

Me voy a referir a los tratamientos ambulatorios involuntarios. Venimos de una evolución de la deshospitalización de la reforma psiquiátrica a la integración comunitaria. Venimos de la idea de que todas las personas somos iguales en derechos y obligaciones y un enfermo mental por el hecho de tener una enfermedad no es un sujeto distinto de cualquier otra persona.

Venimos de una evolución del concepto de salud que se ha visto muy claramente en el informe del 2002 de la Organización Mundial de la Salud sobre Salud Mental y Esperanzas de la que no se refiere a la ausencia de enfermedad, si no al mayor bienestar físico y mental de las personas.

Frente a esta evolución solamente establecemos y la ley prevé dos instrumentos jurídicos de actuación cuando se considera con criterio médico que un paciente necesita una intervención médica y cuando el paciente realmente no quiere esa intervención. Que son el internamiento, que ha quedado ya más que expuesto en esta mesa, y la incapacitación.

Los criterios ya nos los han dicho, son los criterios terapéuticos los que en cualquier caso tienen que dar lugar a la decisión de un internamiento. Son criterios terapéuticos no por alarma social, que se pueden producir, pero efectivamente son criterios terapéuticos.

Que viene avalada la situación y la necesidad de proporcionar el mejor tratamiento posible a los enfermos, la rehabilitación de las personas y que existe un deber en los psiquiatras de seleccionar intervenciones terapéuticas mínimamente restrictivas para la libertad del paciente. Es algo que no lo dice un jurista, lo dicen las Naciones Unidas en su Resolución 46/119 de Protección de los Enfermos Mentales, pero lo dice también el Manifiesto Regional Europeo de la Federación Mundial para la Salud Mental adoptado en Praga en 1991. Lo dice el carácter menos restrictivo de las medidas la Declaración Mundial del 25 de agosto de la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría en los puntos 1 y 4.

Lo dice la declaración de Hawái aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría de Viena en junio de 1983 en el punto 5.

Todos estos instrumentos y todas estas asambleas profesionales médicas, efectivamente ya han determinado que se tiene que intentar poner el plan de tratamiento terapéutico menos restrictivo a la libertad del paciente y más adecuado.

El principio noveno de la Declaración de Naciones Unidas sobre protección de los enfermos mentales declara que todo paciente tiene derecho a ser tratado en las condiciones menos restrictivas, que tiene que ser a través de un plan individualmente elaborado que se ponga en conocimiento y se intente debatir con el paciente. Que el tratamiento requiere el consentimiento informado del paciente, es el principio once. Y se podrá administrar, dice el apartado sexto de dicho principio, el plan de tratamiento propuesto sin el consentimiento del paciente, si se respetan las siguientes condiciones: que estemos ante un paciente involuntario, que el paciente carezca de la capacidad de conocer y saber el plan de tratamiento propuesto o que se oponga irracionalmente a ese tratamiento. Y además que haya una autoridad independiente que reconozca el plan de tratamiento propuesto y que este sirva las necesidades de salud del enfermo.

En derecho comparado, yo no entiendo mucho de psiquiatría me van a disculpar, pero parece ser que EE.UU. siempre es el promotor, o el primero que ha ido evolucionando en materia de psiquiatría. Lo cierto es que en varios estados de Nueva York, desde hace aproximadamente diez años existe ya legislación sobre tratamiento ambulatorio involuntario.

En unos estados existía posterior a la hospitalización involuntaria, en otros ante el grave riesgo acreditado de haber abandonado el tratamiento, y en otros con ese criterio que no nos gusta nada, ni a juristas ni a médicos, de peligrosidad. La situación es que en todos estaba en desuso a pesar de que algunas normas tienen ya hasta doce y trece años. Hasta que en el año 1999 se aprobó en el estado de Nueva York la Ley Kendra.

A partir de la aprobación de la Ley Kendra se ha vuelto a abrir el debate, se ha vuelto a poner encima de la mesa la posibilidad de intervención médica involuntaria del paciente a través del tratamiento ambulatorio y sin necesidad de llegar a un internamiento. Que seguirá siendo necesarios en otros muchos casos.

La Ley Kendra pretende evitar estos ingresos de puerta giratoria, pacientes que como ustedes saben ingresan 14 ó 15 días en el hospital, salen, abandonan la medicación, a los dos meses vuelven a ingresar y cada vez que se produce un ingreso existe un mayor deterioro.

Frente a esa situación, la Ley Kendra no es una medida generalista, hay que dejarlo muy claro, porque se creía en el estado de Nueva York que iba a ver según se aprobó la norma y entró en vigor unas 7.000 peticiones. Y la situación es que seis meses después sólo se habían autorizado 200 intervenciones. Eso implica que en ningún caso es una medida generalista, que es una medida individualizada, que efectivamente ustedes como médicos podrán valorar y prescribir.

¿Qué regulación o que normas? Quiero decirles que no sólo cabe esta posibilidad en el derecho comparado. Les quiero hablar de las experiencias que ha habido en España. En España se han adoptado medidas de tratamiento ambulatorio involuntario autorizadas por un juez, prescritas por un médico en Madrid, en San Sebastián, en Huelva, y creo que hay algún caso en Valencia. En todos estos casos se ha hecho en dos vías.

La primera solicitando como medida cautelar al amparo del artículo 7.6.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil como una medida cautelar de protección personal y parejo a un procedimiento de incapacidad que se habrá concluido o no, pero en el que tenía que estar inmerso, porque una medida cautelar no es si no una petición de protección dentro de otro procedimiento principal como es de incapacidad.

En otros casos, según los jueces y la interpretación que han dado en la fundamentación jurídica se ha hecho en vías del artículo 158 de protección de los menores aplicando analógicamente lo que establece este artículo y este precepto de protección legal y de auxilio judicial en la protección legal de menores asumiendo una analogía entre menores y presuntos incapaces.

Y en último caso y sin necesidad de abrirse como medida cautelar ha habido autos dictados por tribunales en los que efectivamente se ha valorado en base a los principios de los derechos fundamentales, al principio del derecho a la integridad física y psicológica basado en el artículo 7 del Convenio de Oviedo, la posibilidad de intervención y en todas estas normas internacionales que yo les he dictado antes.

Esto, en el campo jurídico, ya no digo en el médico, pero en el campo jurídico ha levantado sus más y sus menos, porque los jueces son muy críticos también con resoluciones de este tipo que no vienen amparadas por una norma expresa y palpable.

En este sentido les debo decir que en aquellos casos en los que se ha aplicado, y les estoy hablando de que en total habrán sido 80 ó 90 casos entre todas las provincias que les he citado, en todos los casos han dado bastante buen resultado. Ha implicado de forma personal y directa del juez, y aquí hay que ver y tener en cuenta que no en todas las provincias hay juzgados especializados y esto puede ser un problema, y ha habido una implicación muy personal y directa del médico que ha propuesto ese plan de tratamiento. Porque si la intervención de verdad de una voluntad acérrima de ese médico, efectivamente, esto no se podría llevar a cabo.

Esta situación de la solicitud de un tratamiento ambulatorio, desde luego no va a suplir las necesidades de internamiento pero quiere ser una medida menos restrictiva. Yo sé que no es una cuestión pacífica, porque se puede entender que provocar durante meses un tratamiento involuntario pueda no ser, aunque no esté internado en un hospital, una medida menos restrictiva. Pero aparentemente puede parecer más aconsejable en determinados casos.

Decía el doctor Fuentes, y ya voy a acabar, que los nuevos neurolépticos, los nuevos psicofármacos han abierto muchas posibilidades y que los inyectables son una solución, el tratamiento ambulatorio no lo entiendan solamente como la posibilidad de que alguien acuda cada 15 ó veinte días, cada mes a ponerse una inyección. Puede llevar un plan de tratamiento integrador.

Dependerá de que luego se doten los medios necesarios para que efectivamente se puedan hacer estos seguimientos. No es una medida generalista, no pretende ser la medida que lo solucione todo, porque en materia de enfermedad mental yo siempre digo que no existe nada permanente lo que vale hoy no nos vale dentro de un año, según que paciente. Y no todos los pacientes son iguales.

En este sentido simplemente decirles que organizamos un comité jurídico hace dos años compuesto de letrados, magistrados, fiscales, de personal médico psiquiatra y de algunas personas responsables en política administrativa en materia de psiquiatría. No es simplemente una medida que a una organización de familiares de la que vengo se le haya podido ocurrir, si no que hemos analizado desde el punto de vista de los derechos fundamentales la posibilidad.

Hoy en día la propuesta es, y les digo la propuesta porque hemos hecho una propuesta de reforma legislativa y de incorporar un número 5 al artículo 7.6.3 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, dado que esta posibilidad de tratamiento ambulatorio lo que pretende básicamente es seguir los mismos criterios de prescripción médica, autorización judicial, informe del Ministerio Fiscal, informe del forense, plan de tratamiento previo a la autorización judicial.

Pretende seguir los mismos criterios del internamiento y de verdad que no va a ser la solución magnífica a nada, pero sí va a ser un instrumento más en manos de ustedes que son los médicos para determinados qué casos poder solicitar, y poder imponer un determinado tratamiento ambulatorio a determinados pacientes.

Esta solicitud de incorporación del número cinco ha sido presentada a los partidos políticos ya, ha sido presentada al ministerio de justicia, estamos esperando que se nombre el nuevo ministro para proponérselo. Pero también les quiero decir que se lo hemos enviado a todas las oficinas de Defensores del Pueblo que existen en España, y les puedo decir que ha sido bastante bien acogida porque insisto que no es producto de cuatro familiares. Hay un debate y unos estudios muy serios realizados sobre derechos fundamentales y sobre protección de los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental.