

INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO INVOLUNTARIO URGENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

AUTORES: ANTONIO HIDALGO CARBALLAL

MÉDICO FORENSE. GRUPO DE TRABAJO DE BIOÉTICA
Y HUMANIDADES DE SEMERGEN

JULIA GONZÁLEZ PERNÍA

JURISTA

JOSÉ FRANCISCO DÍAZ RUÍZ

MÉDICO DE FAMILIA. COORDINADOR DEL GRUPO DE TRABAJO DE BIOÉTICA
Y HUMANIDADES DE SEMERGEN

ANA DE SANTIAGO NOCITO

MÉDICO DE FAMILIA. VOCAL DE FORMACIÓN Y MIR. SEMERGEN

COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE

MÉDICO DE FAMILIA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEMERGEN). CENTRO DE SALUD
DE CIUDAD JARDÍN. MÁLAGA

INTRODUCCIÓN

La evolución social acaecida a lo largo del siglo XX ha supuesto una radical modificación de los criterios de valoración médica y legal de la enfermedad mental.

Si bien hasta principios del siglo XIX se aceptaba plenamente la admisión de una persona en un establecimiento psiquiátrico cuando por su enfermedad se aconsejaba su aislamiento a consecuencia de la peligrosidad de su cuadro y la subsiguiente incompatibilidad con la vida comunitaria, de forma progresiva, se ad-

quirió la conciencia de que este tipo de instituciones no podían dedicarse únicamente a proteger a la sociedad de individuos molestos, peligrosos o conflictivos.

Partiendo del presupuesto legal de que la libertad de la persona inherente a la condición humana es uno de los derechos fundamentales recogidos en la Constitución española de 1978 (Artcl.17.1: “Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma prevista en la Ley”), el actual modelo autonomista de relación médico paciente se fundamenta en el respeto de su capacidad de decisión, lo cual ha quedado representado por la exigencia del denominado consentimiento informado obtenido previamente a la prestación asistencial de que se trate.

Este principio (clásico en el ámbito de la Deontología), impide que nadie pueda ser ingresado en ningún lugar, en contra de su voluntad, ni aún para el bien de su propia salud física o psíquica, siempre que cuente con los elementos necesarios para ejercer adecuada y correctamente este derecho de toma de decisiones sanitarias, siendo precisamente el ingreso psiquiátrico en un centro cerrado, una de las medidas asistenciales que suscita intenso debate en el campo de la Medicina y del Derecho, cuando se realiza sin el permiso del enfermo (internamiento involuntario, forzoso, obligatorio).

Sin embargo, el internamiento entendido según el sentido anteriormente expuesto, no puede ser considerado como una medida represora, sino como una estricta necesidad sanitaria para prestar la pertinente asistencia médica.

Esta medida, lejos de reducir la libertad del sujeto, es el mejor método de devolverle su independencia funcional y su autonomía.

Entran así en consideración los tres principios básicos y clásicos de la Deontología Médica: la beneficencia, la no maleficencia y la autonomía personal, con especial mención respecto de este último.

Se hace necesario por lo tanto conocer y dominar los preceptos básicos de nuestro ordenamiento jurídico

INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO INVOLUNTARIO URGENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

que permitan velar por la salud psíquica, sin que ello conlleve una privación de esta libertad más de lo necesario, vigilando que no existan intereses ocultos distintos de los meramente asistenciales (diagnósticos y terapéuticos), de manera que cuando la persona no sea capaz, la decisión deberá tomarla un tercero en su representación, que cumpla las condiciones necesarias y suficientes para garantizar la ecuanimidad de esta actuación.

CASO CLÍNICO

Varón de mediana edad, que se encuentra en la travesía de una localidad rural “dirigiendo el tráfico”.

En función del evidente peligro que este comportamiento supone para el propio sujeto, así como para los vehículos que circulan por la vía, uno de los conductores que presencian este suceso, lo ponen en conocimiento del teléfono del Servicio de Coordinación de Urgencias y Emergencias.

Personados en el lugar de los hechos dos efectivos de la Policía Local, evidencian el estado de alteración física y psíquica del paciente, quien manifiesta “que está trabajando porque es el encargado de todos los coches de España, que controla por satélite”. Sospechando que pudiera tratarse de un enfermo mental, solicitan la presencia del Equipo Médico de guardia a través del mismo teléfono de Urgencias.

Una vez que el Facultativo del Centro de Salud acude a la referida travesía, confirma que se trata de un cuadro psicótico descompensado y decide que lo más indicado es proceder al internamiento en el Hospital, a lo cual el paciente en cuestión se niega mostrándose extremadamente violento.

La Policía Municipal, por su parte, le comunica al Médico su intención de regresar a la Comisaría, sin esperar a concluir la situación, ante el hecho de encontrarse allí ya este Facultativo, delegando toda la responsabilidad en el mismo.

DISCUSIÓN

El internamiento psiquiátrico como recurso fundamentado en la necesidad de realizar una valoración

diagnóstica pomenorizada ante una alteración grave del comportamiento, e instaurar un determinado tratamiento, cuya aplicación ha resultado imposible de realizar a nivel ambulatorio, no puede partir de otra motivación distinta de que el beneficio e interés de la persona.

Este razonamiento fundamentado en el ya referido principio deontológico de Beneficencia, queda del todo supeditado al de Autonomía siempre y cuando el sujeto tenga las facultades necesarias para decidir, es decir para ejercer plenamente este derecho a su libertad.

Pero, ¿cómo debemos actuar cuando el receptor de la asistencia médica no cuenta con esta especial capacidad de decidir sobre su salud?

La Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (LRAP-02), define el consentimiento informado en su artículo 3 como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”, siendo su artículo 8 el que matiza que el mismo será necesario “en toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente...”.

A pesar de este planteamiento, lógicamente no se trata de recabar el permiso del enfermo en toda circunstancia, lugar y tiempo, sino de valorar la complejidad del caso y sobre todo los “riesgos e inconvenientes de notable y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente” (artículo 8.2), ponderándose que “cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención, más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente” (artículo 10.2).

Como todos los derechos del usuario del SNS no se trata de facultades absolutas e inamovibles, sino que como no podría ser de otra manera, con una base claramente deontológica, el principio de Autonomía (de máximos) queda supeditado al de No maleficencia y al de Justicia (de mínimos). Así es el artículo 9.2. de esta misma norma legal, el que establece que “el facultativo podrá llevar a cabo las intervenciones clínicas indis-

INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO INVOLUNTARIO URGENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

pensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento”:

a) Cuando exista riesgo para la salud pública, a causa de razones sanitarias establecidas en la Ley.

En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicará a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo, y no sea posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o personas vinculadas de hecho a él”.

Con ello, y partiendo de que el internamiento psiquiátrico involuntario, como su propio nombre indica, se caracteriza por la falta de consentimiento del paciente para ser ingresado en un centro cerrado, las CUESTIONES LEGALES Y ÉTICAS sobre las cuales versará la deliberación médica, abarcarían tres aspectos distintos: a) ¿puede el Médico intervenir sin contar con el consentimiento previo del paciente?, b) ¿al tratarse de un internamiento en un centro cerrado, existe la necesidad de comunicarlo previamente a la Autoridad Judicial? y por último c) ¿tiene el Facultativo la posibilidad de requerir el auxilio de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado?

a) ¿Puede el Médico intervenir sin contar con el consentimiento previo del paciente?

Efectivamente al encontrarnos, de manera general, ante situaciones de urgencia médica que no admiten demora en su resolución, por el peligro que de estas conductas pudiere derivarse para el propio paciente y/o para terceros, resultarían de aplicación los preceptos consignados y ya explicados en los apartados a y b de aquel artículo 9.2 de la LRAP-02, pudiendo así actuar el Facultativo sin necesidad de obtener el permiso del enfermo.

La naturaleza urgente del caso, lógicamente indicaría igualmente la falta de operatividad de esperar a recabar el consentimiento de los representantes legales del paciente.

La cuestión fundamental a solventar por el Médico quien conozca del caso en primera instancia (Facultativo de Atención Primaria), versará sobre la capacidad del paciente de decidir adecuadamente en relación a su propio estado de salud y la necesidad de tratamiento en régimen cerrado. Para ello resultarán especialmente útiles los criterios para la toma de decisiones sanitarias (CTDS) de Grisso y Appelbaum (Tabla I) y las Cuestiones básicas sobre capacidad de la “Canadian Psychiatric Association” (Tabla II).

b) ¿Al tratarse de un internamiento en un centro cerrado, existe la necesidad de comunicarlo previamente a la Autoridad Judicial?

Con el objetivo, ya tratado con anterioridad, referente al control judicial de este tipo especial de medidas médicas, la Ley 1/2000, de 7 de Enero, de Enjuici-

TABLA I. Criterios de la competencia para la toma de decisiones sanitarias CTDS

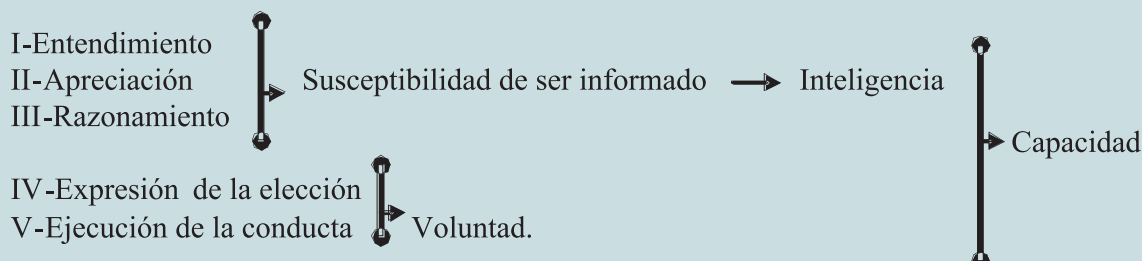


TABLA II. Cuestiones básicas sobre capacidad de la “Canadian Psychiatry Association”

¿Comprende el paciente:

1. La enfermedad para la que se propone el tratamiento?
2. La naturaleza y el propósito del tratamiento?
3. Los beneficios y riesgos de seguir el tratamiento?
4. Los beneficios y riesgos de no seguir el tratamiento?

ciamiento Civil, en su artículo 763.1, matiza claramente la obligación de recabar autorización del Tribunal del lugar donde resida la persona afectada, previamente a iniciar el ingreso, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida; siguiéndose así la pauta racional que ya apuntábamos en el apartado precedente de no provocar retrasos injustificados en la dilucidación de la cuestión planteada.

La sistemática subsiguiente consistirá en la comprobación directa de la situación clínica del paciente, por parte del Juez y del Médico Forense del Juzgado de guardia del Partido Judicial donde se ubique el Hospital de internamiento.

Para ello, el responsable del Centro Médico (Psiquiatra de guardia) deberá dar cuenta de éste al referi-

do Juzgado lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación judicial de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del Tribunal.

c) ¿Tiene el Facultativo la posibilidad de requerir el auxilio de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado?

En términos generales podemos considerar que el internamiento psiquiátrico involuntario es una de las causas que más frecuentemente altera el denominado orden público (seguridad ciudadana), siendo precisamente su mantenimiento la función básica de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Esta es la línea directriz de redacción de la Ley Orgánica 2/1986, de 13 de Marzo, Reguladora de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, de las Policías de las Comunidades Autónomas y de las Policías Locales, pudiendo aplicarse a este tipo específico de sucesos los artículos 1.1: seguridad pública, 53.1.e: funciones de Policía Judicial y 53.1.i: resolución de conflictos privados.

Idéntico razonamiento de requerimiento de urgente actuación, indicaría la no necesidad por su parte de demorar la resolución del suceso, en virtud de recabar una autorización judicial que en nada se hace imprescindible con carácter previo a la actuación policial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución española de 1978. Tecnos. 7ª edición. 1995.
2. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (B.O.E. de 15/11/2002).
3. Ley 1/2000, de 7 de Enero, de Enjuiciamiento Civil. Colex. 2000.
4. Ley Orgánica 2/1986, de 13 de Marzo, Reguladora de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, de las Policías de las Comunidades Autónomas y de las Policías Locales. (B.O.E. de 24/06/1987).
5. R.Blanquez Hernández, M.E.Galarraga Alonso, J.I.Galtés Vicente. “Internamiento psiquiátrico involuntario: criterios clínicos y cuestiones médico-forenses”. An. Psiquiatría (Madrid). Vol. 19. N°1, pp.15-21, 2003.