



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu – ISSN 1886 –5887

ARTÍCULO

Alternativas a los internamientos en salud mental: hospitalización domiciliaria desde la perspectiva española y anglosajona

Alternatives to admissions in mental health: Home treatment from the Spanish and Anglo-Saxon perspective

Alternatives als internaments en salut mental: hospitalització domiciliària des de la perspectiva espanyola i anglosaxona

ALEXANDRA NOGUERO ALEGRE, SANTIAGO PEREGALLI POLITI *

* Alexandra Noguero Alegre. Médica adjunta en Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid (España). Máster en Bioética y Derecho, Universitat de Barcelona (España). E-mail: alexandranogueroalegre@gmail.com.

* Santiago Peregalli Politi. Médico jefe de clínica en psiquiatría y psicoterapia infantil y adolescente, Hospitales Universitarios de Ginebra (Suiza). Máster en Bioética y Derecho, Universitat de Barcelona (España). E-mail: santiago.peregalli@gmail.com.



Resumen

En España, los internamientos por motivo de trastorno mental suelen implicar una pérdida de libertades, ya que en general se realizan en unidades de puertas cerradas o bajo condiciones de carácter restrictivo. En este artículo se revisan las características de estos internamientos y la legislación española al respecto. Se realiza una comparativa con Reino Unido, donde se dispone de una ley exclusivamente dedicada a la salud mental, y se analiza el modelo anglosajón de hospitalización domiciliaria como alternativa al ingreso hospitalario. En conclusión, existe una mayor protección legislativa de los derechos fundamentales de los usuarios de salud mental en Reino Unido respecto a España. Es necesaria una reforma legislativa y el desarrollo de políticas sanitarias dirigidas a reducir los internamientos y fomentar otras alternativas de tratamiento. La hospitalización domiciliaria ha demostrado ser una alternativa eficaz al ingreso hospitalario, permitiendo tratar a la persona en el ambiente menos restrictivo posible y un mayor respeto de su autonomía.

Palabras clave: hospitalización domiciliaria; psiquiatría; salud mental; ingreso hospitalario; internamiento involuntario; medidas coercitivas; legislación de salud mental; España; Reino Unido.

Abstract

In Spain, most of the admissions in mental health units imply a lack of freedom since they are carried out in facilities with closed doors or under restrictive conditions. This article analyzes the characteristics of those admissions and its legislation in Spain; then, it is compared with the United Kingdom model, where there is a specific law for mental health. We describe their model of home treatment, which is implemented as an alternative to hospital admissions. In conclusion, there is a better legislative protection of mental health users' fundamental rights in the United Kingdom than Spain. Legislative reform and the development of health policies to reduce hospitalizations and promote other treatment alternatives are necessary. Home treatment has proven to be an effective alternative to hospital admission, allowing the person to be treated in the least restrictive environment possible and greater respect for their autonomy.

Keywords: Home treatment; psychiatry; mental health; hospital admission; involuntary admission; restrictive measures; mental health legislation; Spain; United Kingdom.

Resum

A Espanya, els internaments per motiu de trastorn mental solen implicar una pèrdua de llibertats, ja que en general es realitzen en unitats de portes tancades o sota condicions de caràcter restrictiu. En aquest article es revisen les característiques d'aquests internaments i la legislació espanyola sobre aquest tema. Es realitza una comparativa amb Regne Unit, on es disposa d'una llei exclusivament dedicada a la salut mental, i s'analitza el model anglosaxó d'hospitalització domiciliària com a alternativa a l'ingrés hospitalari. En conclusió, existeix una major protecció legislativa dels drets fonamentals dels usuaris de salut mental a Regne Unit respecte a Espanya. És necessària una reforma legislativa i el desenvolupament de polítiques sanitàries dirigides a reduir els internaments i fomentar altres alternatives de tractament. L'hospitalització domiciliària ha demostrat ser una alternativa eficaç a l'ingrés hospitalari, permetent tractar a la persona en l'ambient menys restrictiu possible i un major respecte de la seva autonomia.

Paraules claus: hospitalització domiciliària; psiquiatria; salut mental; ingrés hospitalari; internament involuntari; mesures coercitives; legislació de salut mental; Espanya; Regne Unit.

1. Introducción

Las unidades de hospitalización domiciliaria han sido una pieza clave durante la pandemia del COVID-19. La saturación de camas en los hospitales y la necesidad de proteger a los enfermos del contagio intrahospitalario ha provocado que se redirijan parte de los recursos sanitarios a la atención en domicilio. Algunas especialidades médicas como medicina interna y atención primaria han podido hacer frente a esa necesidad, ya que cuentan con una amplia experiencia en atención domiciliaria. Sin embargo, esta situación ha dejado en evidencia la escasez de dispositivos de salud mental dedicados a la atención en domicilio, y concretamente la falta de dispositivos de hospitalización domiciliaria para las personas afectas de un trastorno mental grave. Hay profesionales de la salud mental que se han visto expuestos a iniciar este tipo de actividad asistencial de forma precipitada; en algunos casos ha servido para impulsar proyectos que llevaban tiempo sobre la mesa y en otros ha dado a conocer las posibilidades que presenta este tipo de atención. Las circunstancias actuales incitan a la reflexión sobre por qué no se encuentra implementada la hospitalización domiciliaria en el sistema de salud mental español al nivel que debiera estar por su contrastada utilidad en otros países.

Para entender la red de recursos de salud mental que tenemos en la actualidad es necesario hacer referencia a la reforma psiquiátrica, la cual llega a España a través de la Ley General de Sanidad de 1986, con cierto retraso respecto al resto de países democráticos europeos. La reforma psiquiátrica busca la integración de la salud mental como una especialidad médica más y así frenar con la marginación asistencial de las personas con trastorno mental. En esta etapa se consigue integrar los servicios de salud mental en el sistema sanitario general como cualquier otra especialidad médica y se equiparan los derechos de la persona con trastorno mental a los de cualquier otro usuario del sistema sanitario general. Se lleva a cabo la desinstitucionalización, mediante el cierre de un gran número de manicomios donde antes se centralizaba la atención, y se apuesta por un modelo de atención comunitario mediante la creación de una red ambulatoria de salud mental. Con el cierre de los hospitales psiquiátricos, los centros de salud mental ambulatorios pasan a ser el epicentro de la atención y se convierten en el principal mecanismo de seguimiento y de tratamiento de los problemas de salud mental. Estos dispositivos están compuestos por un equipo multidisciplinar (psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social y en ocasiones terapia ocupacional), que permiten dar respuesta a las necesidades del usuario desde un enfoque biopsicosocial en la comunidad.

Tras la reforma psiquiátrica, la institucionalización de las personas con trastorno mental se limita principalmente a las que sufren un trastorno mental grave con descompensación aguda, y en un porcentaje pequeño de casos a las personas que no han logrado rehabilitarse o adaptarse a

la comunidad (1). En busca de la integración mencionada se crean unidades de agudos dentro de los hospitales generales, normalmente llamadas “unidades de hospitalización breve”, donde se interna a la persona que sufren una descompensación aguda y que requiere un abordaje intensivo. Sin embargo, estas unidades, a pesar de estar incluidas en los hospitales generales, tienen particularidades que las hacen distintas al resto de plantas de otras especialidades. Normalmente las unidades de agudos de salud mental son unidades de “puerta cerrada”, con horarios de visita limitados, permisos de salida restringidos y una normativa específica en cuanto a los objetos personales y otros aspectos. Este tipo de medidas suponen una limitación en la libertad del paciente, especialmente en los ingresos involuntarios, pero también en los ingresos voluntarios, como se detalla más adelante. Es por tanto la intervención durante un episodio agudo la que hoy en día suscita mayor cuestionamiento ético y la que inspira este artículo.

A pesar de los cambios promovidos por la reforma, las personas con un trastorno mental continúan en una posición de vulnerabilidad respecto al resto de usuarios de la sanidad en general. Además, la reforma se ha implementado de forma diferente en los distintos países, y hoy en día existen importantes desigualdades en la cantidad y la calidad de los recursos ofrecidos en salud mental por los sistemas nacionales de salud (2).

En España, las políticas sanitarias en materia de salud mental no se han desarrollado tanto como en otros países, probablemente tiene que ver el hecho de que la legislación española de salud mental no se ha actualizado y no ofrece las garantías suficientes para asegurar una total protección de los derechos de los usuarios. Las medidas coercitivas e involuntarias aplicadas al paciente, contempladas como “medidas excepcionales”, siguen siendo de uso frecuente en el abordaje de personas que padecen un episodio de descompensación aguda.

La pregunta principal es si estas medidas son absolutamente necesarias y por lo tanto a pesar del riesgo que suponen, están justificadas, o si es la ausencia de recursos, la estigmatización social, una falta de conocimiento o la escasa legislación en la materia lo que perpetúa su uso; en cuyo caso estaríamos hablando de una vulneración injustificada de los derechos fundamentales del paciente.

Una mirada a Europa nos permite observar que España se encuentra muy alejada de sus países vecinos. Reino Unido es un claro ejemplo de que las cosas se pueden hacer de forma diferente, tras renovar su sistema legislativo con las leyes Mental Health Act 1983(3) y Mental Capacity Act 2005(4) derogaron las contenciones mecánicas, minimizaron los ingresos hospitalarios y buscaron alternativas de abordaje para los pacientes en crisis, priorizando la opción menos restrictiva posible y desarrollando dispositivos de hospitalización domiciliaria.

En este trabajo se pretende comparar la situación española con la de Reino Unido para identificar áreas de mejora en nuestra legislación que permita implementar aspectos técnicos que posibiliten la hospitalización domiciliaria.

2. Metodología

2.1 Diseño

Estudio comparativo cualitativo de aspectos legislativos sanitarios entre España y Reino Unido.

2.2 Materiales

Se realiza una revisión de la información disponible en las principales bases de datos médicas Medline y Pubmed. Se buscan artículos de “salud mental” o “psiquiatría” publicados en los últimos 10 años y que contengan las palabras: “internamientos”, “involuntario”, “medidas coercitivas”, “contención mecánica”, “alternativas a la hospitalización”, “hospitalización domiciliaria” y “tratamiento intensivo en domicilio”.

2.3 Procedimiento

Se inició la búsqueda, se delimitaron en todas las fuentes los aspectos relacionados con salud mental, se compararon los datos obtenidos relativos a ingresos hospitalarios. Se hace una comparación entre el marco jurídico español y británico, incidiendo sobre la influencia de la legislación en salud mental en el desarrollo de políticas sanitarias, específicamente en los internamientos en unidades psiquiátricas agudas.

3. Resultados

3.1 ¿Cómo son los ingresos hospitalarios por motivo de salud mental?

En España no existe regulación legal específica sobre cómo deben ser las unidades de hospitalización de salud mental. En la mayor parte de los casos, las unidades de agudos de salud mental se encuentran integradas en los hospitales generales. Normalmente estas unidades se distinguen del resto de unidades hospitalarias en las características estructurales y en las normas

particularmente dirigidas a minimizar el riesgo de auto o heteroagresividad. Es importante señalar que normalmente en un mismo hospital no existen unidades de agudos diferenciadas para pacientes que ingresan de forma voluntaria o involuntaria, de modo que hay una serie de medidas que se aplican a todos los usuarios que ingresan.

Con el objetivo de facilitar la comprensión del lector sobre lo que implica un ingreso en una unidad de agudos de salud mental, se explicará el funcionamiento y las características generalmente aplicadas en este tipo de unidades. Sin embargo, en ningún momento se puede representar el funcionamiento específico de cada unidad hospitalaria dado que no hay una regulación general aplicable.

3.1.1 Características estructurales

La mayoría de las unidades de agudos de salud mental tienen un sistema de “puerta cerrada”, esto quiere decir que los usuarios que están en situación de internamiento no pueden salir de la planta sin el permiso del equipo sanitario referente.

Es habitual que los usuarios no coman en sus respectivas habitaciones sino en el comedor común, también es frecuente que las habitaciones no tengan televisor individual y tengan uno en la sala común.

3.1.2 Normativa de las unidades

Generalmente, existen normas globales que se aplican a todos los usuarios con respecto a los objetos personales que el usuario puede tener consigo durante el ingreso, a fin de evitar un mal uso estos objetos. Por ejemplo, suelen estar prohibidos los dispositivos electrónicos con conexión a internet o función de llamada (móvil, ordenador, Tablet, etc.). También es frecuente que se prohíba cualquier objeto potencialmente cortante o afilado (bolígrafo, cuchilla de afeitar, etc.) y los objetos que puedan usarse como cuerda (ej.: cordones de los zapatos).

Al contrario del resto de unidades de otras especialidades médicas, las unidades de salud mental suelen tener un horario concreto de visita para los familiares y normalmente éste no puede pernoctar para hacer un acompañamiento. En cuanto a las llamadas telefónicas, suele haber uno u más teléfonos de uso común, con horas de llamada también definidas.

Generalmente los usuarios no pueden salir de este tipo de unidades si no tienen un permiso de salida específico, normalmente las salidas se realizan en un horario predefinido. Es frecuente que haya un horario en el que las habitaciones se cierran y solo se pueda disponer de las zonas comunes.

3.1.3 Medidas coercitivas para el manejo de la agitación psicomotriz

El manejo de la persona que presenta un episodio de agitación psicomotriz en ocasiones conlleva al uso de medidas coercitivas por parte del personal sanitario, con el objetivo de preservar la seguridad de la persona y/o del resto de personas. En España, el uso de medidas coercitivas durante la evaluación en urgencias o en los ingresos por motivo de salud mental, se refiere principalmente a la contención farmacológica y a la contención mecánica.

La contención mecánica consiste en la utilización de dispositivos de fijación con el objetivo de restringir la movilidad del paciente. Generalmente estos dispositivos (arneses, cinturones, muñequeras, tobilleras) se utilizan para sujetar a la persona a la cama en posición de decúbito supino e inmovilizarla. Se suele asociar el uso de fármacos para facilitar la contención, normalmente neurolépticos o benzodiazepinas. Esta medida se aplica cuando se objetiva un riesgo inminente para el paciente o para terceros, a fin de obtener una mayor seguridad para otros pacientes, los acompañantes o el personal sanitario (5).

Diversas asociaciones de usuarios de salud mental y de familiares se han posicionado en contra del uso de las contenciones mecánicas. Existe una importante disparidad en las cifras del uso sujeciones con el objetivo de restringir la movilidad del paciente entre los distintos países. Las contenciones mecánicas suponen un problema ético-jurídico por su carácter altamente coercitivo hacia la persona, ya que conllevan una pérdida de libertades, de autonomía y puede atentar contra la dignidad del paciente (6).

3.1.4 Consentimiento del paciente al ingreso hospitalario

El internamiento voluntario o consentido por razón de trastorno mental se realiza cuando la persona mentalmente competente da su consentimiento de forma libre y sin recibir ningún tipo de presión, a la propuesta de internamiento que le hace el psiquiatra. Se establece un contrato directo entre el paciente y la institución médica que ambas partes pueden anular, en el caso del paciente solicitando el alta hospitalaria de forma voluntaria (7).

En general, bastará con que la persona dé su consentimiento de forma verbal, al igual que sucede en los ingresos por otra causa médica. Si se aplican restricciones durante la estancia en la unidad (por ejemplo: en los permisos de visitas, en las salidas, en el uso de dispositivos electrónicos, etc.) se deberá dejar constancia documental (7).

Los internamientos involuntarios o no consentidos se llevan a cabo cuando la persona no tiene capacidad para otorgar un consentimiento válido y existe una indicación clínica de ingreso amparada por la ley. Está basado en criterios terapéuticos y está justificado cuando el trastorno mental condiciona una situación de peligrosidad evidente para el paciente o para los demás (7, 8).

Se procede entonces a una autorización judicial de ingreso. En los hospitales españoles hoy, el juez acude a las unidades de hospitalización con regularidad para la evaluación sistemática de los ingresos involuntarios que se han realizado de forma urgente.

3.2 Hospitalización domiciliaria en salud mental

La persona que padece un trastorno mental y requiere una intervención intensiva por parte de los servicios de salud mental debe disponer de diferentes alternativas que permitan elegir la mejor opción de seguimiento y tratamiento para su persona. Es especialmente importante que la elección del tratamiento se realice de forma individualizada a las necesidades y particularidades del usuario.

La hospitalización domiciliaria consiste en un dispositivo asistencial formado por un equipo de profesionales sanitarios que realizan un seguimiento intensivo en el domicilio del paciente que presenta una patología aguda. Su función es ofrecer cuidados similares a los que se proporcionan en el ingreso hospitalario, pero evitando los posibles inconvenientes derivados de la situación de internamiento. Tiene un carácter transitorio de días o semanas ya que se trata del abordaje a corto plazo durante la fase de crisis. Este recurso resulta útil para las personas que en un momento dado necesitan un abordaje intensivo, pero prefieren evitar el ingreso hospitalario, siempre que el profesional considere que el domicilio puede ser un lugar terapéutico adecuado. Se dirige principalmente a usuarios con trastorno mental grave que se encuentran en una fase de descompensación aguda, pero que no presentan una alteración de conducta autolesiva ni heteroagresiva. Se convierte por tanto en una alternativa realista al ingreso hospitalario voluntario, que puede ponerse en marcha desde el inicio del cuadro agudo o favoreciendo el alta precoz de los pacientes ya ingresados en el hospital por este motivo (9). El principal objetivo de los equipos de hospitalización domiciliaria es asegurar que las personas con riesgo de ingresar en el hospital sean tratadas en el ambiente menos restrictivo posible con la mínima ruptura de su cotidianidad (9).

Reino Unido supone un gran ejemplo por su inversión y desarrollo en materia de salud mental, cuenta en la actualidad con una red de dispositivos de hospitalización domiciliaria totalmente estructurada que tiende a la expansión (“Intensive Home Treatment Team” y “Crisis Resolution Teams”) (10). Los equipos de hospitales generales suelen ser equipos grandes y multidisciplinarios, sobre todo dependientes de personal de enfermería especializado en salud mental. Normalmente el personal de enfermería se estructura en turnos para cubrir de guardia las 24h del día mediante atención telefónica y si es preciso, desplazamiento al domicilio, con la

posibilidad de contactar con el psiquiatra de guardia del hospital referente, y de ser necesario, éste se desplace a domicilio.

La experiencia que hay en España en cuanto a la hospitalización domiciliaria en salud mental viene por parte de iniciativas aisladas de los profesionales, que han buscado alternativas al internamiento hospitalario, y con bajo nivel de recursos han iniciado este tipo de atención. Generalmente son dispositivos formados por un enfermero y un psiquiatra, que atienden a los usuarios en turno de mañana, el resto del tiempo son atendidos telefónicamente por el psiquiatra de guardia del hospital, y si se requiere son trasladados a urgencias. Los criterios de inclusión son mucho más cerrados que en Reino Unido, dado que al no haber tanta capacidad de personal se ha intentado minimizar el riesgo de eventos o incidentes indeseados. Por el mismo motivo, normalmente los equipos españoles exigen que haya un familiar responsable que se comprometa a realizar un acompañamiento del usuario en el domicilio (9).

El equipo pionero en España es el del Hospital Clínico de Valencia, en funcionamiento desde el 2010 (9). Le siguen el Hospital del Mar (11), el Hospital de A Coruña (12) y el Hospital Clinic de Barcelona que han publicado artículos al respecto.

España es un país especialmente avanzado en hospitalización domiciliaria de medicina general, normalmente dependiente de los servicios de medicina interna hospitalarios (13). Por ejemplo, si una persona padece un cuadro infeccioso sin complicaciones que precisa tratamiento con antibioterapia intravenosa, es probable que el médico internista le ofrezca la posibilidad de ingresar en su domicilio y que un equipo sanitario vaya a visitarle a diario hasta la resolución del cuadro. En cambio, si un usuario padece una depresión grave que requiere tratamiento intensivo es probable que la única opción que tenga sea ingresar en una unidad hospitalaria de puertas cerradas, sin muchas de las comodidades de otras unidades. Esto resulta difícil de entender dado que en salud mental se requiere menos aparataje técnico que en otras patologías. Entonces, ¿por qué hay 109 unidades reconocidas de hospitalización domiciliaria de medicina interna en España (13) y solo unas pocas unidades en salud mental? No ha habido un desarrollo de políticas sanitarias dirigidas a promover o implementar la hospitalización domiciliaria en salud mental, a pesar de haber demostrado su eficacia en otros países y de que muchos profesionales hayan sugerido la necesidad de este recurso.

3.3 Legislación específica en salud mental: Comparativa entre España y Reino Unido

3.3.1 España

La legislación española actual comprende una serie de leyes y convenios para la protección de los derechos de los usuarios del sistema de salud en general y de forma específica para los usuarios del sistema de salud mental. Sin embargo, en España no existe una ley propia de salud mental.

La ley refleja que la aplicación de medidas involuntarias a la persona debe considerarse una medida terapéutica excepcional, que se realiza por indicación médica y siempre en beneficio del usuario. Conlleva una pérdida de libertad personal, motivo por el cual requiere un control judicial (2). Las leyes reguladoras de los internamientos y tratamientos involuntarios que se deben tener en cuenta se detallan a continuación.

En cuanto a la regulación específica en materia de salud mental hay que mencionar dos leyes:

- ◆ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, art 20 (14).

En el Capítulo III se incluye el artículo 20 exclusivo para la regulación de la salud mental. Se promulga la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales. Las administraciones sanitarias deben actuar conforme los siguientes principios: en primer lugar, se señala la necesidad de reducir al mínimo la necesidad de hospitalización mediante la atención de los problemas de salud mental de la población en el ámbito comunitario. Además, se insta a potenciar los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio. La mención a la atención a domicilio no puede pasar desapercibida, ya que pocos son los recursos que se han dirigido en esta dirección; en segundo lugar, se indica que la hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

- ◆ Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil (LEC) (8).

En el artículo 763 se ofrecen las garantías legales de los internamientos involuntarios por razón de trastorno psíquico. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

Es importante resaltar que este artículo ha sido declarado inconstitucional en sentencia del 2 de diciembre de 2010, por defecto de forma, ya que afecta a un derecho fundamental como es la

libertad y por tanto el internamiento involuntario tiene que estar regulado por una ley orgánica. Sin embargo, no está anulado, ya que su anulación, daría lugar a un vacío legal y el propio Tribunal Constitucional insta a los legisladores, que con la mayor brevedad posible regulen esta medida mediante una ley orgánica. De momento, aún no se ha llevado a cabo (15). En general, los internamientos involuntarios se realizan de urgencia, de modo que la mayoría de los casos la autorización judicial se ratifica de forma posterior en el plazo previsto por la ley (7).

Por otro lado, se deben tener en cuenta las leyes protectoras de los derechos fundamentales:

- ◆ La Constitución Española 1978 (16). Declaración de los derechos fundamentales de la persona y protección judicial de sus derechos.

En el artículo 10 se promulga el derecho a un trato digno y al libre desarrollo de la personalidad como derechos inviolables y fundamentales para mantener el orden político y la paz social. También especifica que las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se deben interpretar conforme a la Declaración Universal de Derechos Humanos y a los tratados y acuerdos internacionales que sean ratificados por España.

- ◆ Ley 41/2002, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Sanitaria (17).

En cuanto a la regulación europea sobre la salud mental que España ha ratificado:

- ◆ Convenio Europeo relativo a los derechos humanos y la biomedicina del año 1979 (18). En el capítulo II, artículo 7, se hace referencia a la protección de las personas que sufren trastornos mentales y especifica las situaciones en las que la persona puede recibir tratamiento sin su consentimiento.
- ◆ Recomendación CM/Rec (2009)3 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales (19). Se especifica que las personas con trastorno mental deberían ser cuidadas en el ambiente menos restrictivo posible y recibir el tratamiento menos restrictivo posible para sus necesidades.

3.3.2 Reino Unido

Reino Unido dispone de la Ley de Salud Mental de 1983 (3), que está dedicada exclusivamente a la regulación y la protección de los derechos de las personas que padecen un trastorno mental. Esta Ley se ha reformado varias veces, la última vez en el año 2007. Protege los derechos de la persona en cuanto a valoración, tratamiento y necesidad de hospitalización. Consta de 10 capítulos que recogen aspectos tales como la definición de trastorno mental, el consentimiento al

tratamiento, la hospitalización involuntaria, las medidas coercitivas y los tribunales de salud mental (20).

Además, en base a la Ley de Salud Mental 1983 (3) se ha elaborado un Código Práctico (21) en el que se encuentra desarrollado el reglamento para usar la Ley en la práctica clínica diaria.

Es importante señalar que la Ley de Salud Mental 1983 (3) y su Código Práctico (21) se encuentran muy presentes en la práctica clínica habitual de los profesionales. De hecho, una parte cardinal de la formación clínica de los profesionales (psiquiatras y otros especialistas en salud mental) es el conocimiento de los aspectos legales (20).

El principal objetivo de la legislación anglosajona en materia de salud mental es el de promover la autonomía y la libertad de los usuarios, con especial énfasis en evitar los internamientos y los tratamientos involuntarios. Y en los casos en los que se lleva a cabo el internamiento involuntario, la Ley asegura una supervisión minuciosa, ofreciendo todas las garantías para proteger los intereses del paciente (20).

En cuanto a los ingresos involuntarios se requiere un proceso estandarizado para asegurar que se cumplen los criterios establecidos:

- ◆ El paciente es examinado por un trabajador social especializado en cuestiones jurídicas y dos médicos, al menos uno de los cuales debe tener la certificación del Ministerio de interior en cuanto a la Ley de Salud Mental. Se requiere que los tres estén de acuerdo.
- ◆ En el momento del internamiento el paciente es informado de forma oral y por escrito de sus derechos, que incluyen la posibilidad de apelar y de solicitar un abogado (costeado por el Estado). El paciente solo precisa firmar un documento para poder iniciar el proceso de apelación, aunque no tenga capacidad de decisión en ese momento. La apelación se procesa por un Tribunal independiente.
- ◆ El paciente tiene un plazo de 14 días para apelar al Tribunal y se tiene que llevar a cabo la auditoría en un plazo de 7 días desde la apelación. El Tribunal de Salud Mental está formado por un juez (que lo preside), un psiquiatra independiente y un miembro especialista con experiencia en la materia. El paciente tiene el derecho a ser representado por un abogado (pagado por el Estado) con el que el paciente puede mantener entrevistas previas y que tiene acceso a su historia clínica. Inicialmente el juez describe los hallazgos del psiquiatra perteneciente al Tribunal tras entrevistar al paciente y revisar su historia clínica. Posteriormente el psiquiatra referente es interrogado por los miembros del Tribunal y por el abogado del paciente. Finalmente, el tribunal se queda a solas para deliberar y tomar una decisión, debiendo interrumpir el internamiento involuntario a no ser que se haya aportado suficiente evidencia tanto oral como escrita. El paciente se encuentra presente en todo

momento y escucha todas las opiniones sobre su persona, incluyendo su diagnóstico y su tratamiento (3,20).

En cuanto a las medidas coercitivas o restrictivas que se puedan aplicar durante un internamiento, ya sea voluntario o involuntario, el Código Práctico (21) hace referencia a varios puntos de especial interés:

- ◆ La necesidad de individualizar la medida coercitiva al riesgo individual de la persona. No se puede imponer una medida coercitiva como una norma general a todos los usuarios de una unidad, si no que sólo puede ser aplicada a una persona al ser necesaria por un riesgo individual específico. Por ejemplo, si una persona realiza un uso abusivo del móvil debido a una capacidad de juicio alterada por una patología de salud mental, se puede considerar retirarle el móvil durante un ingreso, pero no por ello se justificaría retirar el móvil al resto de usuarios de la unidad que no tienen ese riesgo.
- ◆ Se deben proporcionar alternativas suficientes antes de plantearse una medida coercitiva. El personal sanitario debe tener competencias y formación en técnicas de desescalada verbal y en el manejo de la agresividad.
- ◆ La medida coercitiva debe ser proporcional al daño que el cuidador está tratando de prevenir.
- ◆ Se detallan cuales son las medidas coercitivas y se incluyen algunas medidas menos obvias (en España muchas de estas medidas no se contemplan como coercitivas): supervisión o vigilancia estrecha; limitación de los contactos interpersonales; impedimento de una acción; retirada de objetos personales; candados o cierre de puertas; medicación; sujeción manual; barandillas de cama; contenciones mecánicas; explicar repetidamente a una persona que si no cesa un determinado comportamiento se procederá a intervenir mediante una medida coercitiva.

La repercusión de la Ley de Salud Mental (3) y de su Código Práctico (21) se ha hecho visible en la práctica clínica diaria del abordaje de los usuarios de salud mental. Esta ley ha promovido que se realicen cambios estructurales en las unidades de agudos para poder minimizar la aplicación de medidas coercitivas. Los hospitales generales ahora cuentan con distintas unidades de agudos dentro del mismo hospital para individualizar el lugar de internamiento según la necesidad del usuario.

Como hemos comentado, el sistema anglosajón no permite aplicar normas generalizadas a los usuarios para prevenir el riesgo de uno o un grupo de usuarios. Por lo tanto, los usuarios disponen de sus objetos personales con libertad (teléfonos móviles, ordenadores, su ropa habitual, etc.) a no ser que exista un riesgo individual específico que requiera la retirada del objeto.

En caso de ser aplicada cualquier restricción, se debe comunicar y justificar ante el Tribunal competente (21).

Hace más de 10 años que se puso en marcha un programa para erradicar las contenciones mecánicas, siendo en la actualidad muy raro ver su uso en las unidades de agudos. El eje principal ha sido la formación obligada y organizada de los profesionales en “manejo del paciente agresivo”. Como última opción, si no se obtiene eficacia con ninguna otra técnica y existe un riesgo inminente de auto o heteroagresividad, el personal está entrenado para llevar a cabo una contención física (sujeción manual) de forma protocolizada, ordenada y lo más segura posible (22).

4. Discusión y conclusión

A pesar de las recomendaciones de la OMS y del Consejo de Europa, no hay un consenso universal sobre cómo deben ser los internamientos en las unidades de agudos en salud mental (2). Por este motivo se pueden observar importantes diferencias tanto en la regulación legal como en la estrategia sanitaria de salud mental de cada país.

España no cuenta con una ley específica de salud mental, la regulación legislativa es escasa (23) y se encuentra incluida de forma breve en leyes sanitarias generales. La pretensión de integrar la salud mental en el sistema general de salud y equipararla a otras especialidades médicas no debería provocar una falta de regulación específica en la materia, ya que sigue siendo necesaria la reflexión sobre aspectos propios de la atención en salud mental. La falta de regulación legal y de recursos específicos provoca que los profesionales de la salud mental se vean abocados a conflictos éticos en la práctica clínica.

Uno de los aspectos que suponen mayor conflicto ético-jurídico son los internamientos hospitalarios en las unidades de agudos de salud mental (9). Aunque las unidades de agudos españolas se encuentran integradas en los hospitales generales, se diferencian del resto de unidades médicas en que conllevan ciertas medidas restrictivas. Las características estructurales y normativas de estas unidades no están estandarizadas, pero normalmente acarrearán ciertas medidas restrictivas para todos los usuarios y otras individualizadas en función del riesgo.

En España, los internamientos por motivo de trastorno mental conllevan una pérdida de derechos y libertades tanto para las personas que ingresan de forma involuntaria como para los que lo hacen de forma voluntaria. Esto puede dar lugar a un fallo de proporcionalidad e individualización en la medida aplicada. Por otro lado, los internamientos (especialmente los involuntarios) deberían ser siempre considerados como la última opción cuando no existen otras

alternativas menos restrictivas, pero el desarrollo de dispositivos que supongan una alternativa realista a la hospitalización convencional ha sido escaso.

De los países democráticos europeos, Reino Unido supone un gran ejemplo dado que ha sabido renovar su sistema legislativo mediante una ley propia de salud mental (3), cuya regulación se tiene muy presente en la práctica clínica diaria. Los cambios legislativos dirigidos a preservar los derechos fundamentales del usuario han promovido cambios importantes en las políticas sanitarias.

A raíz de su reforma legal, Reino Unido, ha logrado minimizar las medidas restrictivas a los usuarios de salud mental: prácticamente han erradicado las contenciones mecánicas, han minimizado las medidas coercitivas y han reducido el número de ingresos hospitalarios. El personal y los recursos están orientados a priorizar la opción de abordaje y tratamiento menos restrictiva posible ya que el sistema legal así lo impone. Esto ha desencadenado una serie de políticas sanitarias, entre las que destaca la puesta en marcha de una red amplia de dispositivos de atención domiciliaria para ofrecer una línea de tratamiento menos restrictiva que el ingreso hospitalario (10).

La red de dispositivos de hospitalización domiciliaria implementada en el sistema anglosajón de salud mental demuestra que existen alternativas más respetuosas de los derechos del usuario que los ingresos hospitalarios convencionales. Además, se puede atender a un número de pacientes considerable que, en ausencia de este recurso, probablemente habrían requerido el internamiento hospitalario (10).

En España, se han llevado a cabo experiencias aisladas de hospitalización domiciliaria en salud mental gracias a la iniciativa de algunos profesionales, normalmente con un nivel escaso de recursos destinados en comparación con el modelo anglosajón (9,11,12). En contraposición, la hospitalización domiciliaria está ampliamente extendida en los servicios de medicina interna españoles (13).

Los dispositivos de hospitalización domiciliaria en salud mental han demostrado ser una alternativa al ingreso hospitalario para muchos pacientes y su implementación en cualquier sistema sanitario se puede justificar fácilmente desde una perspectiva bioética, clínica, económica y jurídica (10).

- ◆ Desde una perspectiva bioética, los ingresos hospitalarios para personas con una agudización de su patología suelen implicar una pérdida de libertades, ya que en general se realizan en unidades de puertas cerradas o bajo condiciones de carácter restrictivo. Resulta evidente que no todas las personas se benefician de esta medida, siendo frecuente una vivencia traumática de la situación de ingreso debido a la sensación de encerramiento, la extrañeza del entorno y

la falta de acompañamiento familiar. Los ingresos hospitalarios pueden mellar la confianza que la persona tiene en el personal sanitario y por tanto tener un efecto negativo en el proceso terapéutico. La evolución de la enfermedad mental grave está muy condicionada al logro de una adecuada alianza terapéutica que favorece la adherencia al tratamiento y al seguimiento posterior (9,10). La atención en domicilio de la persona afecta por un trastorno mental grave en fase aguda permite un mayor respeto hacia la autonomía de la persona y minimiza la necesidad de aplicar medidas de carácter coercitivo (9,10).

- ◆ En cuanto a la justificación clínica de la implementación de este tipo de dispositivos destacan los posibles beneficios de atender al usuario sin desconectarlo de su entorno ni de su círculo familiar. También permite identificar posibles estresores que puedan provenir del entorno y/o de la rutina de la persona y abordarlos “in situ”, permitiendo iniciar el proceso de rehabilitación. Probablemente uno de los puntos claves que ofrece este tipo de dispositivos es una mejor vinculación con los profesionales, lo que lógicamente repercute en una mejor vinculación en los dispositivos de seguimiento y por tanto en la adherencia al tratamiento. La mejor vinculación con los dispositivos de salud mental y la toma de tratamiento son factores protectores de los ingresos hospitalarios, por lo tanto, podrían evitarse reingresos, aunque se requieren más estudios para confirmar esta teoría. Por último, facilita la participación y la psicoeducación de los familiares y el entorno (9,10).
- ◆ En cuanto a la justificación económica, este tipo de dispositivos resultan coste-efectivos, ya que su implementación permite incluso abaratar los costes frente a la hospitalización convencional. La contratación de personal sanitario requerido para hospitalización domiciliaria suele ser menor a la que se precisa en la hospitalización convencional (9). Se debe tener en cuenta el importante ahorro que supone eliminar la estancia hospitalaria. Además, se dice que la inversión en salud mental es “rentable en sí misma” dado que la enfermedad mental es una de las principales causas de discapacidad e incapacidad en los países desarrollados, de modo que cualquier dispositivo que tenga una repercusión positiva en la salud mental podría disminuir el desempleo (24). Por otro lado, en salud mental no se requiere de aparatajes técnicos costosos para el abordaje del usuario (9).
- ◆ Por último, aunque la legislación vigente sea poco concreta, sí equipara totalmente los derechos de las personas con trastorno mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, y como hemos mencionado previamente, la hospitalización domiciliaria está extendida en otras especialidades médicas. Además, la Ley General de Sanidad insta a las administraciones a desarrollar recursos en la comunidad, como la atención domiciliaria, y a minimizar las medidas coercitivas y los ingresos hospitalarios (14).

En conclusión, existe una mayor protección legislativa de los derechos fundamentales de los usuarios de salud mental en Reino Unido respecto a España. Probablemente el hecho de que cuenten con una ley propia dedicada exclusivamente a la salud mental (3) conlleva una mayor regularización de la materia. Esto repercute en una mayor protección de los derechos de autonomía, libertad y dignidad del usuario de salud mental, evitando las situaciones de abuso o discriminación. Algunas personas aluden a que una ley única de salud mental puede ser estigmatizante para el usuario, pero los resultados obtenidos en Reino Unido contradicen esta hipótesis (10). Se precisa de una reforma legal en España que garantice la preservación de los derechos fundamentales del usuario de salud mental. Se necesita una regulación más específica y actualizada en periodos de tiempo razonables conforme avanza el conocimiento (7). Sería conveniente que se desarrollara una estrategia gubernamental dirigida a minimizar las acciones coercitivas en salud mental y a promover otras alternativas eficaces como la hospitalización domiciliaria (2). Para esto se necesita dotar de personal y recursos a los servicios de salud mental, además de una formación dirigida.

Bibliografía

- (1) Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Rev Esp Salud Pública. 2011;85(5):427-36.
- (2) Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Ginebra; 2006.
- (3) Code of practice: Mental Health Act 1983 (2015), The Stationary Office, Great Britain: Department of Health.
- (4) Mental Capacity Act, 2005. (c.12). London: The Stationery Office.
- (5) Strategies to end seclusion and restraint. WHO Quality Rights Specialized training. Course guide. Geneva; 2019.
- (6) López López MT et al. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Madrid; 2016 Jun.
- (7) Vega Vega C, Bañón González RM, Fajardo Augustín A. Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales. Atención Primaria. 2010 Mar;42(3):176-82.
- (8) Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE no 7 de 8/01/2000 p. 575-728.

- (9) Megías del Rosal Fernando, Aguilar García-Iturraspe EJ, Silvestre Pascual Francisca. Hospitalización domiciliaria: Salud mental. 2004.
- (10) Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. First. Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G, editors. New York: Cambridge University Press; 2008. 1-67.
- (11) Alba Palé L, Leon Caballero J, Córcoles Martínez D, González Fresnedo AM, Bellsolà Gonzalez M, Martín López LM, et al. Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital del Mar. Equipo de atención psiquiátrica domiciliaria en el área de Barcelona. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc). 2019;12(4):207-12.
- (12) Silveira JR, Bouza R. Hospitalización psiquiátrica a domicilio (HADOP). Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría. 2012;12:18-30.
- (13) Massa Domínguez B. La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. Hosp Domic. 2017 Jan 30;1(1):7-9.
- (14) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. «BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986.
- (15) Sentencia 132/2010 del Tribunal Constitucional de 2 de diciembre de 2010 por la que se declara Inconstitucional parcialmente el artículo 763.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que regula el Internamiento Involuntario. BOE No 4 de 5/01/2011.
- (16) Constitución Española de 1978, Aprobada por Las Cortes en sesiones plenarias del Congreso y del Senado celebradas el 31 de octubre de 1978. Ratificada por el pueblo español en referéndum el 6 de diciembre de 1978 y sancionada por S. M. el Rey ante Las Cortes el 27 de diciembre de 1978.
- (17) Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. BOE no 274 de 15/11/2002 p. 40126-32.
- (18) Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997.
- (19) 19. Rec (2009)3 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales. Consejo de E.
- (20) Barrera P Alvaro. Ley de Salud Mental en Inglaterra. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2016;54(1):59-66.
- (21) Code of practice: Mental Health Act 1983. 2015.

- (22) Urrutia Beaskoa A, Zuazua Romero L, González Varela B. Modelo de cuidado anglosajón: características, aplicabilidad y similitudes con la metodología Libera-care y con el modelo Sutondoan. 2017.
- (23) Gil B. Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética. Rev Bioética y Derecho. 2013;29:109–21.
- (24) Kleinman A. Time for mental health to come out of the shadows. The Lancet. 2016;387.

Fecha de recepción: 30 de abril de 2021

Fecha de aceptación: 13 de mayo de 2021