

Tratamiento ambulatorio involuntario: implicaciones éticas y deontológicas

Castellano Arroyo M

Catedrática de Medicina Legal y Forense. Académica de número de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid.

La Medicina se manifiesta en una relación interpersonal entre el médico y el paciente que se caracteriza por ser desigual: el médico, por sus conocimientos y la posibilidad de tomar decisiones, ocupa una posición de superioridad en su “acompañar al enfermo en el camino de la angustia”, en palabras de Miguel Torga; el paciente, por su parte, sufre esta en situación de dependencia y espera con confianza. Esta desigualdad llevó a los médicos, ya en el juramento hipocrático, a imponerse exigencias para el mayor respeto a la persona enferma.

En la sociedad de derechos en que vivimos, todo acto médico debe someterse a tres juicios sucesivos: primero, el clínico, basado en criterios científicos (conocimientos, pruebas, diagnóstico e indicación terapéutica); segundo, el juicio médico-legal, dirigido por las leyes generales y las específicas que reconocen y protegen los derechos de los pacientes; y tercero, el juicio ético-deontológico, más exigente, porque, cumplidas las normas generales, impone el deber de buscar la excelencia de ese acto médico a través de la personalización, procurando lo mejor para ese paciente concreto, teniendo en cuenta la voluntad del paciente respecto a lo que desea para sí mismo, y sin olvidar principios de justicia social como la equidad y la igualdad.

En este marco de actuación, la relación médico-paciente está presidida por el derecho del paciente a decidir, tras haber recibido la información suficiente y necesaria (autonomía). El requisito para ello es que ese paciente tenga la madurez biológica suficiente (a partir de los 16 años, y siempre, a partir de los 18), que sus capacidades de comprensión, juicio y razonamiento, y su capacidad de decidir se mantengan intactas.

Lo dicho hasta aquí es fundamental en el tema que debatimos: el tratamiento ambulatorio involuntario (TAI), porque, cuando la patología que padece

el paciente afecta a sus funciones mentales, el médico se encuentra con un paciente que carece de autonomía plena, al no comprender lo que es más favorable para él, o no estar en condiciones de elegirlo y decidirlo. Perdido el pilar ético-deontológico fundamental de la relación médico-paciente, el médico tiene la obligación de poner en primer plano el deber de beneficencia, como garante de los derechos de ese paciente, valorando desde sus conocimientos, indicaciones, recursos disponibles, etc., lo que le es más favorable, como si se tratara de sí mismo. A esto añadirá el análisis desde la justicia (calidad del tratamiento, eficacia probada, eficiencia en el empleo de recursos...).

Cuando en la práctica la indicación médica de tratamiento es aceptada por el paciente (aunque padezca un trastorno mental), y por su representante legal o familia, el tratamiento podría aplicarse sin mayor conflicto. Pero el problema está cuando la indicación médica de tratamiento es rechazada por el paciente, porque es entonces cuando hemos de hablar de “tratamiento involuntario”.

El Código civil y la Ley de Procedimiento Civil¹ garantizan que el tratamiento por razones de salud mental, en régimen de internamiento hospitalario, se haga bajo supervisión judicial y con su autorización, precisamente para que se realice siempre en beneficio del paciente, hasta que su mejoría permita contar con su consentimiento. Esa situación está perfectamente regulada, atendiendo a que el internamiento deba ser urgente, en cuyo caso, el juez da posteriormente su aprobación; o bien, que la situación clínica del paciente permita la demora suficiente para contar con la autorización previa del juez.

Unas palabras breves, para otra modalidad de “tratamiento involuntario”, están en el ámbito penal, donde se introduce la necesidad de una orden judicial que imponga el internamiento o no, y la administración de tratamiento; esto sucede cuando la persona

ha cometido un delito bajo la influencia de un trastorno mental o por su adicción al alcohol o a sustancias. Es entonces cuando el juez puede imponer, como medida, el tratamiento obligatorio, bien ambulatorio o en régimen de internamiento, siempre bajo control médico y con la supervisión judicial, con el objetivo de la desintoxicación o la remisión del trastorno mental; en estos casos, el tiempo de tratamiento se computa como tiempo de cumplimiento de pena².

El tratamiento ambulatorio involuntario conlleva unas circunstancias diferenciales con el internamiento involuntario, pero tiene otras comunes, lo que nos permite pronunciarnos al respecto. Como diferencia fundamental, el tratamiento ambulatorio involuntario no es coercitivo respecto al lugar donde el paciente debe residir mientras recibe el tratamiento, ya que seguirá desarrollando su vida en el medio en el que habitualmente resida (ciudad, familia...). Por otra parte, ambos tienen en común que no se respeta el rechazo del paciente a recibir el tratamiento, imponiéndose este como obligatorio y compulsivo; ahora bien, en el tratamiento ambulatorio, cuando ya se ha administrado, el paciente puede volver a su medio y a sus actividades habituales.

Para que se justifique legal y éticamente la medida, es absolutamente necesario que esta sea de eficacia científica probada y que las expectativas de mejoría-curación para el paciente sean evidentes. Cuando esto es así, el deber de hacer por el paciente lo que le sea más favorable se impone sobre la opción de dejar el tratamiento a su propio arbitrio y al funcionamiento de su mente, afectado por los efectos del trastorno que padece; si el médico actuara así, podría constituir, incluso, la figura penal de la “omisión del deber de socorro”.

Estamos, por tanto, absolutamente a favor de que a la persona que padece un trastorno mental y necesita un tratamiento que es eficaz y está disponible, hay que aplicárselo. La ética obliga a la personalización del caso, lo que lleva consigo un trato con el paciente, afable y amable, con una comunicación adaptada a sus circunstancias personales de comprensión, de entorno familiar y social; la información debe incluir los beneficios que el tratamiento puede proporcionarle (evitar el ingreso, recuperar las actividades, integrarse familiar y socialmente, etc.); el supuesto es que, a pesar de ello, el paciente rechaza el tratamiento. Seguidamente, hay que contar con la familia (tutor, representante legal o representante de hecho...), cuyo consentimiento será necesario. Y después de haber cumplido con estas etapas (juicio clínico, médico-legal y ético-deontológico), llega la toma de decisión.

Las situaciones serían: a) Hay indicación médica de tratamiento y la familia lo acepta (beneficencia); el paciente, aunque padece un trastorno que afecta a sus funciones mentales de forma transitoria o permanente, lo acepta (autonomía); el fármaco es eficaz, está disponible, es seguro (justicia); el tratamiento se aplica sin que esté previsto que haya problemas. b) Hay indicación médica de tratamiento y la familia lo acepta (beneficencia), pero el paciente lo rechaza en razón de la afectación que el trastorno que sufre produce sobre sus funciones mentales (la autonomía está anulada). Hemos de recurrir entonces a la justicia, representada por el juez, que, desde la jurisdicción civil y protegiendo el derecho del paciente a curarse, autorizaría la aplicación del tratamiento.

Expuesto el tema en su situación actual, cabe preguntarnos si es necesaria la regulación del tratamiento ambulatorio involuntario. Desde el análisis hecho anteriormente, el médico, con el acuerdo de la familia, tiene posibilidad de actuar, solicitando la autorización judicial, cuando cumplir con el tratamiento significa incluso necesitar apoyo para llevar al paciente al consultorio o centro donde se aplica. Esta situación es muy similar a la prevista en el Derecho Civil para el internamiento no urgente, ya comentado; la diferencia está en que la situación que es motivo de este artículo no requiere de internamiento (privación de libertad), ya que el tratamiento se aplica de forma ambulatoria.

Se puede decir que, en el primer caso, el derecho del paciente vulnerado es el rechazo del tratamiento; mientras que, en el segundo, se conculcan dos derechos, el rechazo al tratamiento y la privación de libertad que supone el internamiento en un centro asistencial. Sin embargo, a falta de regulación específica para el tratamiento ambulatorio involuntario, la norma existente permite a los médicos actuar en ambas situaciones de igual forma, salvaguardando así la seguridad del paciente. No obstante, se han manifestado voces muy autorizadas con una excelente propuesta de protocolo de actuación para los pacientes en los que esté indicado el tratamiento ambulatorio involuntario³.

Una regulación específica del tratamiento ambulatorio involuntario tendría las siguientes ventajas: garantías para el paciente de que el tratamiento que se le impone ha sido suficientemente valorado desde el punto de vista científico y, como resultado, se establece una indicación personalizada; para los médicos, disponer de un protocolo preciso de actuación les da seguridad y simplifica los trámites; para el propio mecanismo judicial, se facilita y se agiliza el procedimiento, sobre todo si se habilita un juzgado específico con una perspectiva médico-legal, al tener en cuenta el

aspecto sanitario y la garantía de los derechos de estos pacientes.

El inconveniente es la progresiva judicialización de la actividad asistencial y sanitaria, lo que puede resultar contrario a la deseada humanización de la Medicina. Este tema necesita de la adecuada atención ético-deontológica⁴.

A modo de conclusión, consideramos que una regularización del tratamiento ambulatorio involuntario tendría ventajas importantes para todos los afectados: pacientes, médicos y procedimiento judicial.

Sin embargo, es necesario insistir en que, si se aceptan unas normas de procedimiento a seguir para garantizar el mayor beneficio del paciente, que estaría tutelado desde la administración de justicia, estas normas no eximirían a los médicos de unos deberes superiores e intrínsecos a su ejercicio profesional, como sería hacer un juicio clínico científico y ponderado en el que se valoren los beneficios y los riesgos del tratamiento, y del que se derivará una indicación cierta del tratamiento a seguir. En el juicio médico-legal se aplicará con rigor la normativa que indicará los pasos a seguir para que el paciente reciba el tratamiento, y en tercer lugar, a través del juicio ético-deontológico, el médico cumplirá con el deber más noble, ya enunciado, de hacer participar al paciente en el proceso hasta donde pueda, a través de la adecuada explicación médica y de toda la información que le sea posible comprender al respecto. Se optará por el tratamiento y la forma de aplicación que proporcione a cada paciente los mayores beneficios y los mínimos riesgos e inconvenientes.

CORRESPONDENCIA

María Castellano Arroyo
Académica de número de la Real Academia Nacional de Medicina
C/ Arrieta, 12. Madrid
E-mail: maria.castellano@uah.es

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE. 8 Ene 2001;7. [actualizado 15 Abr 2019].
2. Medicina Legal y Toxicología. Gisbert Calabuig JA. 7ª ed. Villanueva Cañadas E (ed.). Barcelona: Elsevier; 2018.
3. Magro Servet V. Protocolo de actuación sanitaria judicial en supuestos de tratamiento ambulatorio involuntario. [Internet]. En: Elderecho.com. Lefebvre. 20 May 2011. [fecha de acceso 29 Oct 2019]. Disponible en: <https://elderecho.com/protocolo-de-actuacion-sanitaria-judicial-en-supuestos-de-tratamiento-ambulatorio-involuntario>
4. Organización Médica Colegial. Código de Deontología Médica. Guía de ética médica. [Internet]. OMC; 2011. [fecha de acceso 29 Oct 2019]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf