

# El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) desde la perspectiva jurídica.

## *The Assertive Community Treatment (ACT) from a legal perspective.*

Luis Fernando Barrios Flores.

Doctor en Derecho. Colaborador honorífico de Derecho Administrativo. Área de Derecho Administrativo. Departamento de Estudios Jurídicos del Estado. Facultad de Derecho. Universidad de Alicante.

**Resumen:** El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) es un modelo de asistencia psiquiátrica que viene implementándose en varios países, entre ellos España (Modelo Avilés). La propia Ley General de Sanidad apuesta por el tratamiento en el ámbito comunitario, el cual favorece la inclusión social del paciente y su participación en el proceso terapéutico. En este artículo se analizarán los aspectos jurídicos del TAC, concluyéndose que este modelo de atención es respetuoso con el marco legal nacional y con los instrumentos de referencia internacional sobre salud mental.

**Palabras clave:** Discapacidad psíquica. Tratamiento asertivo comunitario (TAC). Aspectos jurídicos.

**Abstract:** Assertive Community Treatment (ACT) is a psychiatric care model that has been implemented in several countries, including Spain (Avilés Model). The General Health Law itself is committed to treatment at the community level, favoring social inclusion of patients and their participation in the therapeutic process. This paper analyzes the legal aspects of the ACT and concludes that this care model is respectful both of the national legal framework and international regulations on mental health.

**Key words:** Mental disability. Assertive Community Treatment (ACT). Legal aspects.

## 1. El modelo constitucional y legal de atención de la salud mental

Nuestra Constitución (CE), reconoce el derecho a la protección de la salud (art. 43.1) (1-2), derecho igualmente reconocido en el art. 10.1 del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (TRLGDPD). Este reconocimiento está en sintonía con el art. 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (adoptado en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966) (PIDESC) que proclama "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".

Corresponde a los poderes públicos "organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios" (art. 43.2 CE).

Mas, el denominado derecho a la protección de la salud, no es un derecho fundamental, sino un principio rector de la política social y económica. En consecuencia, el reconocimiento, respeto y protección de este principio, informará la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos (art. 53.3 CE).

En base al precitado art. 53.3 CE, el art. 13.2.g) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS), dispone que la atención especializada comprenderá la atención a la salud mental, especificando tiempo antes, el art. 20.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) que “la atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario”.

Pese a esta decidida apuesta por el modelo de atención comunitaria, en caso necesario se puede producir la hospitalización del paciente en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales (art. 20.2). Bien entendido que deben potenciarse previamente “los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización” (art. 20.1 LGS). E incluso, cabe la hospitalización involuntaria “de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí” (arts. 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil –LEC–), 212-4 a 212.6 de la Ley 25/2010, de 29 de julio, del libro segundo del Código Civil de Cataluña, relativo a la persona y la familia y 36 Decreto Legislativo 1/2011, de 22 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba, con el título de Código del Derecho Foral de Aragón, el Texto Refundido de las Leyes civiles aragonesas.

El ingreso involuntario aparece reconocido en el art. 5.1.e) del Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, de 4 de noviembre de 1950 (CEDH), del Consejo de Europa (CoE). La posición sobre el tema de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) no es homogénea, ya que mientras la Convención sobre derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas, de 13 de diciembre de 2006 (CDPD) (art. 14) y sus instrumentos de desarrollo<sup>1</sup> se muestran contrarios a la privación de libertad de una persona discapacitada, el Comité de Derechos Humanos la admite, si es proporcionada<sup>2</sup>.

El dispositivo asistencial en salud mental está encomendado a las Comunidades Autónomas (art. 51.1 LGS), salvo las excepciones de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla (cuyo sistema está gestionado por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria –INGESA–, art. 2.b) Real Decreto 118/2023, de 21 de febrero, por el que se regula la organización y funcionamiento del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria). En este sentido, las Comunidades Autónomas siguen la senda del art. 20.1 LGS, al apostar por el modelo de tratamiento ambulatorio/comunitario<sup>3</sup>.

1 Observación General núm. 1 (2014) y Directrices del Comité de Derechos de las Personas con Personas con discapacidad (2015).

2 Observación 35 del Comité de Derechos Humanos al art. 9 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (2014), § 19.

3 Andalucía: art. 18.2 Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

Aragón: art. 53.1 Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.

Asturias: art. 24.3 Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud.

Baleares: art. 17.1.b) Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears.

Canarias: Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023.

Cantabria: art. 9 Ley 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria

Castilla-La Mancha: Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025.

Castilla y León: Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León 2003-2007.

Cataluña: Estratègies 2017-2020. Pla Director de Salut Mental i Adiccions; Plan de Salud Mental de Barcelona 2016-2022.

Comunidad Valenciana: art. 4. quater.1 Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana.

Extremadura: III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020.

Galicia: Plan de Saúde Mental de Galicia PostCovid-19 2020-2024.

La Rioja: art. 6.2.g) Ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias.

Madrid: art. 16.b) Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Murcia: Programa de Acción para el Impulso y Mejora de la Salud Mental en la CARM 2019-2022.

Navarra: Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023.

País Vasco: Estrategia en Salud Mental de la CAPV 2010; Plan Estratégico de la Red de Salud Mental de Araba 2018-2022; Plan Estratégico 2018-2021 de la Red de Salud Mental de Bizkaia; Plan Estratégico 2018-2022 de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa.

La implementación de los postulados antedichos sobre salud mental se refleja en las llamadas estrategias, planes o programas en Salud Mental. Según establece el art. 64 LCCSNS, tanto la Administración Central, como las Autonómicas, deben elaborar planes integrales de salud “sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”. Dichos planes integrales establecerán criterios organizativos para una atención integral de las patologías, determinarán los modelos básicos de atención (prevención detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y especificarán actuaciones de reconocida efectividad, identificando los modelos de atención.

Debe señalarse que, aunque sin fuerza jurídica vinculante, existen instrumentos de organizaciones internacionales (ONU, Organización Mundial de la Salud –OMS- y CoE, en particular), que son referentes obligados y constituyen una especie de *soft law* o derecho blando. De diferente naturaleza son otros instrumentos que sí vinculan a España, en base a lo dispuesto en nuestra legislación<sup>4</sup>. Por otro lado, las Declaraciones de asociaciones internaciones, tales como la Asociación Médica Mundial (AMM) o la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP), tienen un valor deontológico.

## 2. Aspectos jurídicos del Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)

La elección de un modelo de atención en el ámbito comunitario de modo preferente, está justificada, desde una perspectiva jurídica, por los siguientes motivos:

### 2.1. Es un modelo no intrusivo de la libertad personal

El TAC es coherente con el principio *favor libertatis*. En otros términos, es respetuoso con el principio de restricción mínima. El principio de *favor libertatis* es característico del Derecho administrativo (3-4). Este principio está íntimamente relacionado con el principio de proporcionalidad –al cual haremos después referencia–, el cual tiene una estrecha relación con los derechos fundamentales (5-6), sirviendo para una adecuada interpretación de éstos (7-8), e igualmente con la actuación administrativa (9). No es principio exclusivo de nuestro Derecho, sino que también está reconocido en el Derecho comparado y en el Derecho comunitario (10-12).

Los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991) (PONU’1991) consagran el derecho del paciente “a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros” (Principio 9.1).

En la misma línea, el CoE, ha reconocido el principio de restricción mínima, al disponer el art 8 de la Recomendación (2004) 10 del Consejo de Europa<sup>5</sup> (Rec (2004) 10) que “las personas aquejadas de trastornos mentales deben tener el derecho de ser cuidadas en el entorno disponible menos restrictivo posible y beneficiarse del tratamiento disponible menos restrictivo o que implique menor intrusión, teniendo en cuenta las exigencias derivadas de su estado de salud y de la seguridad de terceros”.

4 En virtud de lo dispuesto en los arts. 96.1 CE y 1.5 del Código Civil, los Tratados y Convenios válidamente celebrados por España, una vez ratificados y publicados, forman parte de nuestro Derecho interno. Es el caso, por ejemplo, del PIDESC, del CEDH, del Convenio de Oviedo del Consejo de Europa y de la CDPD.

5 Recomendación Rec (2004) 10 del Comité de Ministros a los Estados Miembros, relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas aquejadas de trastornos mentales (adoptada por el Comité de Ministros, el 22 de septiembre de 2004, en el curso de la 896ª reunión de los Delegados Ministeriales).

También se ha pronunciado a este respecto la AMP<sup>6</sup> cuando afirmó: “Los psiquiatras deben seleccionar intervenciones terapéuticas mínimamente restrictivas para la libertad del paciente”; incluso la intervención compulsiva debe llevarse a cabo con el principio de restricción mínima<sup>7</sup>.

Hay que dejar constancia no obstante de la postura de algunos autores norteamericanos que enfatizan un cierto carácter coercitivo del TAC (13-14). Sobre ello volveremos más adelante.

## 2.2. Favorece la autonomía e independencia del paciente

Nuestro ordenamiento jurídico reconoce el principio de autonomía del paciente en varias ocasiones.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006), ya enuncia en su Exposición de Motivos (apdo. 1), que “la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados”, lo que se justifica en base a la especial vulnerabilidad de estas personas. Se define en este texto legislativo la autonomía como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria” (art. 2.1). Y, a su vez, la situación de dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (art. 2.2). Concluyendo que es precisa “la promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible” (art. 3.h).

Los PONU’1991 establecen que “el tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal” (Ppio 9.4).

Así mismo la CDPD reconoce “la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones” (Preámbulo, n). Estableciendo, además, en su art. 3.a) que uno de los principios de esta Convención es “la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas”. Aspecto que se recalca en el art. 26.1 CDPD.

Martínez Jambrina expone que el modelo TAC (15): a) pretende conseguir la máxima autonomía del paciente; b) es asertivo, ya que el equipo se limita a ofrecer su atención; c) es participativo, ya que la implicación del paciente en el mismo es activa.

## 2.3. En cierta medida es una modalidad de paternalismo justificado

Desde hace tiempo vienen contraponiéndose el paternalismo médico y la autonomía del paciente. Pero desde la perspectiva iusfilosófica, existe un amplio reconocimiento del llamado “paternalismo justificado”.

---

6 Proposición y Puntos de Vista de la AMP sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales (adoptada por la Asamblea General de la AMP en Atenas, Grecia, 17 de Octubre, 1989).

7 Apdo. 1 Declaración de Madrid (aprobada por la Asamblea General de la AMP, en Madrid, España, el 25 de Agosto 1996).

Es más, desde la perspectiva sanitaria, no escasean los ejemplos de paternalismo justificado. Así, el consentimiento por sustitución/representación, ciertas medidas de apoyo (guarda de hecho, curatela o defensor judicial), el internamiento psiquiátrico (civil) involuntario, incluso las instrucciones previas constituyen una manifestación del paternalismo, pues, aunque en éstas haya mediado el consentimiento de un sujeto –cuando poseía competencia básica– se aplica cuando carece de la misma. Es decir, el ámbito sanitario no se ha desprendido del todo de ciertas intervenciones paternalistas que, eso sí, han de estar justificadas.

Existen varios tipos de paternalismo. Feinberg hizo una interesante distinción entre paternalismo duro/fuerte (la protección de adultos competentes contra su voluntad) y lo que el denominó “antipaternalismo débil/blanco” (la intervención del Estado para proteger de conductas dañosas no voluntarias o necesarias para evaluar la voluntariedad), justificando solo el segundo, precisamente el que se aplicó al propio autor cuando perdió sus facultades psíquicas (16). Por su parte, Engelhardt distinguió entre: a) paternalismo con el incompetente (menores, discapacitados intelectuales y enfermos mentales); b) paternalismo fiduciario, bien explícito (instrucciones previas), bien implícito (internamiento para evaluación) y c) paternalismo de lo que más conviene. Descartó la justificación sólo del último (17). Falleció por Alzheimer.

Entre los filósofos del Derecho existen interesantes aportaciones sobre la justificación, en ciertos casos, del paternalismo (18-25). En síntesis estos autores defienden una intervención paternalista siempre que concurren los siguientes requisitos: a) si concurre una situación de incapacidad básica del sujeto; b) si se pretende evitar un daño a sí mismo o un incremento del riesgo de daños; c) si la medida es idónea y necesaria; d) si se puede presumir que el sujeto prestaría su consentimiento si no estuviera en una situación de incapacidad básica; e) si con la intervención se busca hacer justicia, es decir, alcanzar la igualdad básica.

La capacidad básica o la ausencia de esta son conceptos clave en esta cuestión. En palabras de Garzón se carece de competencia básica, entre otros casos, cuando las facultades mentales están temporal o permanente reducidas. Por consiguiente, “si el paternalismo jurídico supera o contribuye a superar los déficits de igualdad y autonomía que padecen los incompetentes básicos, entonces quienes defienden los valores de la igualdad y la autonomía tendrán que admitir que es éticamente justificable”. Hay que advertir no obstante que, para evitar cualquier arbitrariedad, debiera exigirse un fundamento objetivo (19-20). Y es que la autonomía, mal entendida, supone en la práctica menoscabar la misma (26).

En el tema aquí analizado, habrá que reconocer que la justificación del paternalismo ciertamente se complica a la hora de compatibilizarlo con los principios fundamentales bioéticos (27).

Obviamente el paternalismo justificado que pudiera predicarse del TAC es considerablemente menos intenso que las figuras antecitadas, ya que respeta en mayor medida la autonomía del paciente y requiere su participación. De ahí que hablemos de que en el TAC el paternalismo justificado está presente sólo “en cierta medida”. Pudiera entenderse que la intervención en el TAC está a caballo entre la seducción y la persuasión, en los términos expresados por Dieterlen (19).

## **2.4. Es respetuoso con el principio de proporcionalidad**

Según describe Robert Alexy (6 y 28), el principio de proporcionalidad está integrado por los subprincipios de idoneidad, necesidad y de proporcionalidad en sentido estricto. Los subprincipios de idoneidad y necesidad tienen que ver con las posibilidades fácticas; el subprincipio de proporcionalidad en sentido estricto con las posibilidades jurídicas.

El principio de idoneidad “excluye la adopción de medios inidóneos que obstruyan la realización de los principios o fines para los cuales ha sido adoptado”. El subprincipio de necesidad implica

que entre dos medios igualmente idóneos para alcanzar un fin debe elegirse el menos lesivo de otro principio que pudiera estar involucrado o, dicho en otros términos, debe elegirse la alternativa menos gravosa de entre las idóneas. Una vez llevados a cabo los juicios de idoneidad y necesidad, procede abordar el subprincipio de proporcionalidad en sentido estricto. El Tribunal Constitucional ha establecido al respecto que la medida por la que se opte sea “proporcionada o equilibrada por derivarse de la misma más beneficios o ventajas para el interés general que perjuicios sobre otros bienes o valores en conflicto” (por ej. STC 207/1996, de 16 de diciembre). El Tribunal Europeo de Derechos Humanos tiene una consolidada doctrina sobre este principio (29), y también nuestro Tribunal Constitucional (30).

La proporcionalidad de la medida de atención sanitaria, en lo que aquí interesa, está directamente ligada a las “necesidades de apoyo”, las cuales están definidas como “las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad” (art. 2.4 Ley 39/2006).

Por consiguiente, el TAC es idóneo, porque permite alcanzar el fin pretendido –el tratamiento del paciente–. Es necesario, al comportar una alternativa menos gravosa (que, por ejemplo, el internamiento o el tratamiento involuntario). Y es proporcionado, ya que de él se derivan más beneficios o ventajas que perjuicios.

## 2.5. Se incardina en el sistema de apoyos y de ajustes razonables de la CDPD

El reconocimiento de la autonomía personal no es obstáculo para que se lleven a cabo ajustes razonables a fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación (art. 5.3 CDPD) e incluso implementar medidas de apoyo que se puedan precisar para el ejercicio de la capacidad jurídica (art. 12.3 CDPD).

El sistema de apoyos está incorporado a nuestro ordenamiento tras la Ley 8/2021 (31). El apoyo admite grados, tal como reconoce el apartado j) del Preámbulo de la CDPD, cuando habla del reconocimiento de “la necesidad de promover y proteger los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas que necesitan un apoyo más intenso”. Aspecto este de especial interés a los efectos que aquí nos ocupan.

Pues bien, la intervención del ETAC constituye, en sí misma, una medida de apoyo a la persona con discapacidad psíquica, que además es compatible con la instauración de un régimen de apoyos como la curatela<sup>8</sup>, y también lo es, mientras se aplica una medida cautelar previa a un procedimiento de aplicación de medidas de apoyo<sup>9</sup>.

En el supuesto de que esté implementado un sistema de apoyos (medidas voluntarias, guarda de hecho, curatela, defensor judicial), la persona que los presta debiera participar en el proceso de toma de decisiones, ya que como señala el art. 250, pfo. 2º del Código Civil “la función de las medidas de apoyo consistirá en asistir a la persona con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica en los ámbitos en los que sea preciso, respetando su voluntad, deseos y preferencias”.

---

8 SAP Asturias, Sec. 5ª (Civil), 10.6.2021, Pte. Pueyo Mateo (ROJ: SAP O 2226/2021); SAP Granada, Sec. 5ª (Civil), 16.11.2021, Pte. Molina Romero (ROJ: SAP GR 2429/2021).

9 SAP Asturias, Sec. 6ª (Civil), 30.11.2018, Pte. Rodríguez-Vigil Rubio (ROJ: SAP O 1300/2018).

## 2.6. Facilita la participación del paciente

Cabe recordar que el art. 9.7 de 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 (LAP), establece: “El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento”.

La CDPD considera que “las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que les afectan directamente” (Preámbulo, o). La Organización Mundial de la Salud (OMS, en adelante), también postula “ofrecer a las personas con problemas de salud mental la posibilidad de elección y de implicación en su autocuidado, siendo sensibles a sus necesidades y a su cultura”<sup>10</sup>.

También el CoE ha resaltado la relevancia de la participación del paciente en su tratamiento. Así, el art. 6.3, pfo. 2º del 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 (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, estipula que “la persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización [del tratamiento]”.

Obviamente la participación del paciente requiere que éste sea informado previamente a la instauración del TAC. Así lo reconoce el arts. 3 y 4.1 LAP y la AMP<sup>11</sup>.

Precisamente por la relevancia que tiene la participación del paciente en la toma de decisiones debiera apostarse por un modelo deliberativo (32-34), adoptándose decisiones compartidas (35-39). Y ello porque “el paciente debe ser aceptado en el proceso terapéutico como un igual por derecho propio”, debiendo basarse la relación terapeuta-paciente en la confianza y el respeto mutuo<sup>12</sup>.

## 2.7. Se basa en la asistencia comunitaria

Los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en comunidad son de variado tipo (40). En lo esencial, todos ellos comparten ser “intervenciones que consisten en acompañar a la persona en su medio de vida, proponerle una relación de ayuda para superar las dificultades que surgen a diario, y para sortear las barreras internas y externas que le impiden utilizar los recursos necesarios para su integración social” (41). Pero aquí hemos centrado nuestra atención en uno de estos programas, el TAC, iniciado en España en Avilés por Martínez Jambrina (15) y luego extendido a otros lugares de España.

Dicha intervención tiene lugar en el medio comunitario. La atención comunitaria se ha ido implantando, en lo que aquí particularmente interesa en Europa, en las últimas décadas (42), hasta alcanzar amplia difusión (43-44). Es precisamente esta característica la que diferencia el TAC de otros dispositivos asistenciales, es decir su carácter “móvil” (visitas domiciliarias) (15).

10 Apdo. 10.V Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre salud mental: *Declaración de salud mental para Europa: enfrentando desafíos. Construyendo soluciones*, Helsinki (Finlandia), 12-15 enero 2005.

11 Apdos 4 y 5 Declaración de Hawaii/II (aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Viena, Austria, Junio 1983)

12 Apdo. 3 Declaración de Madrid (aprobada por la Asamblea General de la AMP en Madrid, España, 25 de agosto de 1996).



El TAC es un instrumento de asistencia en el ámbito comunitario, tal como prescribe el art. 20.1 LGS. Además, es un modelo coherente con la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Estrategia Nacional) (45), ya que la línea estratégica 4 se refiere precisamente a la “Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario”. Las Comunidades Autónomas también aluden en concreto al tratamiento asertivo comunitario en sus programas y planes estratégicos (46)<sup>13</sup>.

En concreto, la Estrategia Nacional establece la priorización de los apoyos en el contexto comunitario, a través de equipos de tratamiento asertivo comunitario y equipos de atención domicilia interdisciplinar (apdo. 4.1.4), estableciendo como objetivo la potenciación de los ETAC (4.2.1).

La ONU, en sus Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991) (PONU'1991), estipula en su Principio 3: “Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad”, reiterando en su Principio 7.1: “Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive”. Por su parte, la OMS también apuesta decididamente por “desarrollar servicios comunitarios que sustituyan la atención institucionalizada”<sup>14</sup>.

Posteriormente, la CDPD, en su art. 19.a) y b), tras reconocer “el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad”, establece que debe asegurarse que “las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás” y, además tener “acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta”. También apuesta por el modelo de atención comunitaria la AMP<sup>15</sup>.

La residencia en un piso tutelado es compatible con la intervención del ETAC<sup>16</sup>. Indicar además que, en alguna ocasión, las visitas domiciliarias del ETAC han permitido descubrir un delito del que ha sido víctima una persona con discapacidad<sup>17</sup>.

---

13 Andalucía: III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020.

Aragón: Plan de Salud Mental 2017-2021.

Asturias: Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030.

Baleares: Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022.

Canarias: Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023.

Castilla y León: Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León 2003-2007.

Comunidad Valenciana: Estrategia Autonómica de salud mental 2016-2020.

Extremadura: III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020.

Galicia: Plan de Saúde Mental de Galicia PostCovid-19 2020-2024.

La Rioja: III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja.

Madrid: Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2022-2024.

Murcia: Programa de Acción para el Impulso y Mejora de la Salud Mental en la CARM 2019-2022.

Navarra: Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023.

País Vasco: Plan Estratégico 2018-2022 de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa.

14 Apdo. 10.XI Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre salud mental: *Declaración de salud mental para Europa: enfrentando desafíos. Construyendo soluciones*, Helsinki (Finlandia), 12-15 enero 2005.

15 Proposición y Puntos de Vista de la AMP sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales (adoptada por la Asamblea General de la AMP en Atenas, Grecia, 17 de Octubre, 1989).

16 SAP Asturias, Sec. 5ª (Civil), 12.4.2011, Pte. Pueyo Mateo (ROJ: SAP O 608/2011).

17 SAP Las Palmas de Gran Canaria, Sec. 6ª (Penal), 5.4.2022, Pte. Moya Valdés (ROJ: SAP GC 982/2022). La víctima de un delito de lesiones fue una madre, con esquizofrenia paranoide, que había sido golpeada por su hijo.



Simplemente reseñar que el modelo TAC está alejado con las propuestas sobre Tratamientos Ambulatorios Involuntarios, sobre las que ya en su día mostré mi escepticismo, que aún mantengo (47).

En definitiva, el modelo de atención comunitaria es un instrumento básico para evitar la exclusión del paciente mental.

## 2.8. Comporta una atención individualizada

El principal deber del médico, según la AMM, es “promover la salud y el bienestar de los pacientes individuales”<sup>18</sup>, debiendo siempre el tratamiento guiarse por el mejor interés de estos<sup>19</sup>. Por consiguiente, la intervención ha de ser individualizada (15). La asistencia personal es el “servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal” (art. 2.7 Ley 39/2006).

El art. 10.i) de la Recomendación (2004) 10 del CoE, estipula la obligación de los Estados de, teniendo en cuenta los recursos disponibles, de “proveer de servicios de calidad apropiada a fin de responder a las necesidades en materia de salud mental a las personas aquejadas de trastornos mentales, teniendo en cuenta las diferentes necesidades según las categorías de dichas personas, asegurando un acceso equitativo a tales servicios”.

Dicha necesidad de proporcionar los servicios que precisen las personas con discapacidad también aparece recogida en el art. 25.b) CDPD.

## 2.9. La atención tiene un carácter integral

Este modelo de atención está en consonancia con su carácter integral, tal como preceptúa el art. 20.3 LGS y se considera prioritario por la OMS<sup>20</sup>. Juega un muy relevante papel el apoyo sociosanitario (48) y en particular la labor de los trabajadores sociales (49). Y alcanza aspectos de amplio espectro (50).

Pues bien, los programas de TAC disminuyen los reingresos hospitalarios, ya que afrontan los déficits de que adolecen los programas de tratamiento tradicionales: a) al abordar las necesidades básicas del individuo (alojamiento, manutención y acceso a los recursos materiales esenciales; b) proporcionar habilidades para afrontar las demandas de la vida comunitaria; c) incentivar la motivación de los pacientes; d) coadyuvar a la adherencia al tratamiento; e) disminuir las relaciones patológicas de dependencia y f) involucrar a los familiares y miembros del entorno (41).

---

18 Apdo. 1 Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial (adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM, Londres, Inglaterra, octubre 1949. Enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sidney, Australia, agosto 1968, la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983, la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006, y por la 73ª Asamblea General de la AMM, Berlín, Alemania, octubre 2022 (CIEM).

19 Apdo. 4 Declaración de Madrid (aprobada por la Asamblea General de la AMP en Madrid, España, 25 de agosto de 1996).

20 Apdos. 7.III y 8.VII Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre salud mental: *Declaración de salud mental para Europa: enfrentando desafíos. Construyendo soluciones*, Helsinki (Finlandia), 12-15 enero 2005.

## 2.10. Implica la intervención de un equipo multidisciplinar

Es característico de los programas de TAC el trabajo en equipo, diferenciándose del trabajo individual propio de algunas modalidades de “case management”. La interdisciplinariedad goza hoy de amplio reconocimiento (43). Y así es aplicada en lugares de nuestro país donde está implementado el TAC (15).

Efectivamente el TAC aparece configurado mediante la intervención de los ETAC, en la línea seguida por el art. 12.1 TRLGDPD, que establece: “Los equipos multiprofesionales de atención a la discapacidad de cada ámbito sectorial deberán contar con la formación especializada correspondiente y serán competentes, en su ámbito territorial, para prestar una atención interdisciplinaria a cada persona con discapacidad que lo necesite, para garantizar su inclusión y participación plena en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás”. La apuesta también por la configuración interdisciplinar de los ETAC está recogida en el apdo. 4.2.1 de la Estrategia Nacional.

## 2.11. Tiene comprobada eficacia y calidad

Uno de los principios del actuar administrativo es la eficacia (art. 103.1 CE). Tradicionalmente se relaciona el principio de eficacia con la actuación administrativa general. Sin embargo, tal principio también es predicable de la atención sanitaria (51). De hecho, aparece reconocido en el art. 7 LGS y también por la OMS<sup>21</sup>.

Según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, eficacia es la “capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera”. Y habrá que reconocer que el modelo de TAC sí ha mostrado su eficacia. Así lo confirman varios autores. Por ejemplo, Hernández Monsalve ha escrito: que estos programas “son un modo (el más efectivo) de proporcionar atención comunitaria integral y continuada a pacientes mentales, a fin de que puedan alcanzar el máximo nivel de integración social, calidad de vida y de relaciones interpersonales, y evitar las circunstancias de rechazo, marginación-exclusión social que tradicionalmente se han cernido como máximos riesgos de fracaso y sufrimiento añadido en las vidas de estos pacientes” (41). Otros autores también han resaltado la efectividad de estos programas (52).

Pero, es más, estos programas pueden ser aplicados a diversos subgrupos de pacientes: pacientes sin hogar, pacientes con esquizofrenia, pacientes con patología dual... (41). Y en particular pacientes con trastorno mental grave (40, 45, 50, 52-56). En programas implementados de TAC existen diversas posibilidades para la integración en los mismos (15). En consecuencia, se produce una cierta “universalización de la asistencia”.

La calidad, según el Diccionario antecitado es, en su 1ª acepción, la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor” y constituye uno de los objetivos de la LCCSNS. En concreto, su art. 2.d) señala que uno de los principios que informan esta Ley es “la prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad, en los términos previstos en esta ley y en la Ley General de Salud Pública”. A la calidad del sistema sanitario hace asimismo mención su art. 5.f).

Los Estados, según proclama el art. 25.d) CDPD, deben garantizar que los profesionales “presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas”. Así mismo la

---

21 Apdos. 7.III y 8.VII Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre salud mental: *Declaración de salud mental para Europa: enfrentando desafíos. Construyendo soluciones*, Helsinki (Finlandia), 12-15 enero 2005.

AMP enfatiza que “todo psiquiatra debe ofrecer al paciente la mejor terapia que esté a su alcance”<sup>22</sup>, pues no debe olvidarse que los médicos son “guardianes de la calidad de la atención médica”<sup>23</sup>, debiendo tenerse en cuenta que “la calidad del tratamiento depende también del ambiente físico, del personal y de los recursos adecuados”<sup>24</sup>

Relacionada con la calidad está la continuidad asistencial, a la que alude el art. 13.1 LCCSNS. Aunque cabe reconocer que la realidad de los recursos asignados provoca limitaciones horarias de atención (15). No obstante, allende nuestras fronteras, hay propuestas para disminuir la intensidad de la asistencia, especialmente en el aspecto temporal (57).

## 2.12. Posee una adecuada correlación coste-beneficio

La implementación de un TAC proporciona una correlación coste-beneficio plausible. Cuando se habla de esta correlación se tiene en cuenta, de un lado, el coste; de otro el beneficio. Es esta una lógica del principio de eficacia y eficiencia antes descrito.

Tradicionalmente el “coste” se sitúa en la esfera económica, pero se minusvalora frecuentemente algo muy relevante, el coste social. Y cuando se habla de beneficios, asimismo, cabe incluir más de una categoría, el beneficio económico, el beneficio social (por ej. para las familias y allegados del paciente) y el beneficio personal (para el propio paciente).

Abordar pues esta cuestión requiere una visión omnicomprensiva del tema. Sobre el costo económico hay análisis que dan como resultado que el TAC tiene un menor costo económico que la hospitalización –salvo cuando el sistema habitacional se basa en el uso de viviendas tuteladas, aunque el aspecto más relevante es el mayor beneficio clínico del paciente (58-59). Y de hecho está verificada la notable disminución de los ingresos, tanto en general (60), como en los involuntarios (61), e incluso hay estudios que corroboran la mejor adherencia al tratamiento del paciente incluido en un TAC a largo plazo (62). Cabe concluir que el coste-efectividad de los programas de TAC es positivo (41, 63).

A mayor abundamiento, el médico debe comprometerse con la primacía de la salud y el bienestar del paciente (14 CIEM) y es este aspecto cualitativo el que debe preponderar, dentro de sus justos límites, es decir, buscando la optimización de los recursos sanitarios (3 CIEM).

## 2.13. La hospitalización tiene un carácter subsidiario

La hospitalización constituye la *ultima ratio* de la asistencia en salud mental, máxime cuando es de carácter involuntario. Obsérvese que el ya citado art. 20 LGS aboga por reducir “al máximo posible la necesidad de hospitalización”. Y el art. 763.1 LEC reserva esta última modalidad a una persona “que no esté en condiciones de decidirlo por sí”.

22 Apdo 2 Declaración de Hawai/II (aprobada por la Asamblea General de la AMP, Viena, Austria, Junio 1983); Apdo. 1 Declaración de Madrid (aprobada por la Asamblea General de la AMP en Madrid, España, 25 de agosto de 1996).

23 Apdo. 7 Declaración de la AMM sobre el acceso a la atención médica (adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial, Viena, Austria, septiembre 1988 y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006).

24 Proposición y Puntos de Vista de la AMP sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales (adoptada por la Asamblea General de la AMP en Atenas, Grecia, 17 de Octubre, 1989).

Por consiguiente, el criterio básico de atención sanitaria, se centra en que toda intervención sanitaria precise el consentimiento del paciente (art. 8.1 LAP) y sólo se pueda producir dicha intervención, sin contar con dicho consentimiento si el paciente tuviera un riesgo inmediato grave para su integridad física o psíquica y no fuera posible conseguir su autorización (art. 9.2.b) LAP) o en caso de que un tercero otorgara el mismo (en los supuestos del art. 9.3 LAP).

El carácter subsidiario de la hospitalización involuntaria es una derivada de los principios de *favor libertatis*, restricción mínima y proporcionalidad.

La Recomendación (2004) 10 del CoE (art. 10.ii), establece que los Estados deben “establecer, en la mayor medida posible, alternativas al internamiento y al tratamiento involuntario”.

En definitiva, la decidida apuesta es por el tratamiento voluntario<sup>25</sup>, y desde esa perspectiva, la hospitalización vendría a constituir un elemento más del conjunto de dispositivos de atención comunitaria (41).

Pues bien, el TAC constituye un modelo de atención al paciente en el medio comunitario. Mas pueden concurrir situaciones de crisis que hagan precisa la hospitalización involuntaria.

Dicha hospitalización pueden solicitarla familiares o allegados, y también los miembros del ETAC. Procedería entonces pedir autorización judicial para llevar a efecto la misma (ingreso ordinario). En la práctica, es más usual el ingreso urgente, que exige que, producido el ingreso, el centro en el que se produzca lo comunique al órgano judicial para su ratificación, dentro del plazo de 24 horas, debiendo dicho órgano decidir en el plazo de 72 horas (art. 763.1, pfo. 2º LEC). En caso de ingreso ordinario, el Juez competente lo será el de 1ª Instancia del lugar donde resida la persona afectada (art. 763.1, pfo. 1º LEC); en el caso del internamiento urgente lo será el del Juzgado de 1ª Instancia del lugar donde radique el establecimiento (art. 763.1, pfo. 2º LEC).

En ambos casos el ETAC puede solicitar a la Policía Nacional o Local su concurso para el traslado de un paciente que no acuda a las citas programadas para la administración de la medicación prescrita<sup>26</sup>.

## **2.14. Es aplicable como medida de seguridad no privativa de libertad de tratamiento médico externo**

Es aplicable como medida de seguridad de tratamiento médico externo. El art. 20.1º del Código Penal (CP) señala que está exento de responsabilidad criminal “el que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”.

En tal caso, al Juzgados le caben dos opciones: o bien imponer una medida de internamiento para tratamiento médico (64), cuyo modelo vigente en España es más que cuestionable (65), o bien una de las medidas previstas en el art. 96.3 CP. Entre tales medidas se encuentra la libertad vigilada (art. 96.3.3º CP) (66). En otros términos, le es dable imponer una medida de seguridad privativa de libertad (el internamiento) o una medida de seguridad no privativa de libertad (la libertad vigilada).

---

25 Proposición y Puntos de Vista de la Asociación Mundial de Psiquiatría sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales (Adoptada por la Asamblea General de la AMP en Atenas, Grecia, 17 de Octubre, 1989).

26 SAP Asturias, Sec. 6ª (Civil), 30.11.2018, Pte. Rodríguez-Vigil Rubio (ROJ: SAP O 1300/2018).

La libertad vigilada comprende un elenco de medidas, entre las que cabe destacar aquí el tratamiento médico externo (art. 106.1.k) CP), comúnmente denominado tratamiento ambulatorio.

En el supuesto de imponer la medida de internamiento, el Juez de Vigilancia Penitenciaria debe elevar al Tribunal sentenciador, al menos anualmente, una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la misma (art. 98.1 CP). La práctica demuestra que, en realidad, las propuestas se circunscriben al mantenimiento o la sustitución. Esta última implica sustituir la medida de seguridad por otra que se estime más adecuada, entre las previstas para el supuesto de que se trate (art. 97.c) CP). Y ahí es donde puede entrar en juego el tratamiento médico externo antes mencionado.

Pues bien, no hay obstáculo alguno para que el TAC sea aplicable como modalidad del tratamiento médico externo, ya que el legislador penal no opta por modelo alguno de intervención sanitaria. Eso sí, el ETAC –de asumir el tratamiento médico externo– tiene las siguientes obligaciones básicas:

- a) Cumplir su cometido de intervención profesional.
- b) Emitir los informes que le solicite el Juez o Tribunal sentenciador “acerca de la situación y la evolución del condenado, su grado de rehabilitación y el pronóstico de reincidencia o reiteración delictiva” (art. 98.2 CP).
- c) Poner en conocimiento de la citada autoridad judicial el quebrantamiento de la medida de tratamiento médico externo (por ej. no cumplimiento de las consultas programadas, obstaculización de las visitas domiciliarias). En este caso, el Juez o Tribunal podrá sustituir la medida de tratamiento médico externo por el internamiento (art. 100.2 CP).

Es este un tema que en el futuro debiera abordar la doctrina española, al igual que lo viene haciendo la anglosajona (67-74).

## 4. A modo de conclusión

El TAC posee un sólido fundamento legal y es respetuoso con los principios jurídicos que presiden la intervención en salud mental: es un modelo de atención no intrusivo de la libertad personal, favorece la autonomía e independencia del paciente (aún pudiendo calificarse de paternalismo justificado), respeta el principio de proporcionalidad, se incardina en el sistema de apoyos de la CDPD y facilita la participación del paciente. Además de lo cual, responde a los criterios más avanzados de atención psiquiátrica (asistencia comunitaria –teniendo un carácter subsidiario la hospitalización–, individualizada y de carácter integral a cargo de un equipo multidisciplinar). Está comprobada su eficacia y calidad y responde a una adecuada correlación coste-beneficio. Es más, no hay obstáculo a que pudiera constituir una medida de seguridad no privativa de libertad de tratamiento médico externo, como medida alternativa al internamiento penal –tanto en el momento de la sentencia, como con posterioridad a ésta–.

---

**Contacto:** Luis Fernando Barrios Flores ✉ [luisfbarrios2@gmail.com](mailto:luisfbarrios2@gmail.com)

Área de Derecho Administrativo. Dpto. de Estudios Jurídicos del Estado.  
Facultad de Derecho. Universidad de Alicante.

Campus de San Vicente del Raspeig. Ap. 99. E-03080 Alicante.

## Bibliografía

1. Escobar G. Los derechos fundamentales sociales y la protección de la salud. UNED. Revista de Derecho Político. 2008; 71-72: 113-48.
2. Santiago K. Artículo 43. En: Rodríguez-Piñero M, Casas ME, directores. Comentarios a la Constitución Española. Tomo I. Madrid: Wolters Kluwer-Boletín Oficial del Estado-Tribunal Constitucional-Ministerio de Justicia; 2018. p. 1345-59.
3. Fernández-Valverde R. El principio *favor libertatis*. En: Santamaría JA, director. Los principios jurídicos del Derecho administrativo, Las Rozas (Madrid): La Ley; 2010. p. 799-839.
4. López-González JI. El principio general de proporcionalidad en Derecho administrativo. Sevilla: Instituto García Oviedo-Editorial Universidad de Sevilla; 2016.
5. Martínez-Pujalte AL. Ámbito material de los derechos fundamentales, dimensión institucional y principio de proporcionalidad. Persona y Derecho. 2006; 54: 75-116.
6. Alexy R. Los derechos fundamentales y el principio de proporcionalidad. Revista Española de Derecho Constitucional. 2011; 91: 11-29.
7. Perelló I. El principio de proporcionalidad y la jurisprudencia constitucional. Jueces para la Democracia. 1997; 28: 69-75.
8. López-Sánchez R. El principio de proporcionalidad como criterio hermenéutico en la justicia constitucional. Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho. 2011; 23: 321-337.
9. Arroyo L. Ponderación, proporcionalidad y Derecho administrativo. 2009; 2.
10. Barnés J. Introducción al principio de proporcionalidad en el Derecho comparado y comunitario., Revista de Administración Pública. 1994; 135: 495-522.
11. Galetta DU. El principio de proporcionalidad en el Derecho comunitario. Cuadernos de Derecho Público. 1998; 5: 75-118.
12. Chano L. Igualdad y principio de proporcionalidad en el Derecho europeo: Especial referencia a los derechos fundamentales. Revista Universitaria Europea. 2015; 23: 151-174.
13. Gomory T. Effectiveness of assertive community treatment. Psychiatric Services. 2002; 1: 103.
14. Moser LL, Bono GR. Scope of agency control: Assertive community treatment teams' supervision of consumers. Psychiatric Services. 2009; 60(7): 922-928.
15. Martínez-Jambrina JJ. El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario: un pacto con la realidad. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 2007; 7(2): 147-159.
16. Feinberg J. Legal Paternalism. Canadian Journal of Philosophy. 1971; 1: 106-124.
17. Engelhardt HT. Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidós; 1995.
18. Camps V. Paternalismo y bien común. Doxa. 1988; 5: 195-202.
19. Dieterlen P. Paternalismo y Estado de bienestar. Doxa. 1988; 5: 175-194.
20. Garzón E. ¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico? Doxa. 1988; 5: 155-173.
21. Garzón E. Sigamos discutiendo sobre el paternalismo. Doxa. 1988; 5: 215-219.
22. Atienza M. Discutamos sobre paternalismo. Doxa. 1988; 5: 203-214.
23. Alemany M. El concepto y la justificación del paternalismo. Doxa. 2005; 28: 265-303.
24. Canimas J. Decir por otro a veces es necesario. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas. 2016; 39: 13-31.
25. Alemany M. El debate teórico sobre el paternalismo y la libertad en salud. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas. 2019; 52: 16-29.
26. Loewy EH. In Defense of Paternalism. Theoretical Medicine and Bioethics. 2005; 26: 445-468.

27. Ramos J. Paternalismo y autonomismo en la relación de ayuda: una reflexión desde la salud mental. *Revista Folia Humanística*. 2021; 4 (2): 1-21.
28. Alexy R. *Teoría de los derechos fundamentales*. 2ª edic. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales; 2007.
29. Fassbender B. El principio de proporcionalidad en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. *Cuadernos de Derecho Público*. 1998; 5: 51-73.
30. González-Beilfuss M. *El Principio de Proporcionalidad en la Jurisprudencia del Tribunal Constitucional*. Cizur Menor (Navarra): Thomson Reuters-Aranzadi; 2015.
31. Vaquer A. Capítulo 18. El sistema de apoyos como elemento para el ejercicio de la capacidad jurídica de la persona con discapacidad. En: Lledó F, Ferrer, MP, Egusquiza, MA, López-Simó, F, coordinadores. *Reformas legislativas para el apoyo a las personas con discapacidad. Estudio sistemático de la Ley 8/2021, de 2 de junio, al año de su entrada en vigor*. Madrid: Dykinson; 2022: p. 505-38.
32. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*. 2001; 117: 18-23.
33. Gracia D. Teoría y práctica de la deliberación moral. En: Feito L, Gracia D, Sánchez M, editores. *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid: Triacastela; 2011. p. 101-54.
34. Seoane JA. Argumentación jurídica y bioética: examen teórico del modelo deliberativo de Diego Gracia. *Anuario de Filosofía del Derecho*. 2016; 32: p. 489-510.
35. Villagrán JM, Lara I, González-Saiz F. El proceso de decisión compartida en el tratamiento del paciente psiquiátrico: estudios empíricos y evaluación de la capacidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2014; 34 (123): p. 491-506.
36. Villagrán JM, Lara-Ruiz Granados I, González-Saiz F. Aspectos conceptuales sobre el proceso de decisión compartida en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2015; 35 (127). p. 455-72.
37. Ramos-Pozón S. Las decisiones compartidas en salud mental: mitos, barreras y beneficios. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2016; 9 (3). p. 175-76.
38. De las Cuevas C, Mundal I, Betancort M, Lara-Cabrera ML. Assessment of shared decision-making in community mental health care: Validation of the CollaboRATE. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2020; 20, p. 262-70.
39. Buedo P, Luna F. Toma de decisiones compartidas en salud mental: una propuesta novedosa. *Medicina y Ética*. 2021; 32 (4), p. 1087-1110.
40. Alonso M, Bravo MF, Fernández-Liria A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2004; 92: p. 25-51.
41. Hernández-Monsalve M. Tratamiento asertivo comunitario. En: Verdugo MA, López-Gómez D, Gómez-Sánchez A, Rodríguez-López M, coordinadores. *Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo. Actas II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental. II Congreso Ibérico de Saúde Mental*. Salamanca: Publicaciones del INICO. 2003. p. 127-51.
42. García-González J. Revisión del marco conceptual y de los fundamentos de la atención comunitaria en salud mental. En: Verdugo MA, López-Gómez D, Gómez-Sánchez A, Rodríguez-López M, coordinadores. *Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo. Actas II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental. II Congreso Ibérico de Saúde Mental*. Salamanca: Publicaciones del INICO. 2003; p. 15-28.
43. Hernández-Monsalve M. La psiquiatría comunitaria. En: López-Ibor JJ, Leal C, Carbonell C, editores. *Imágenes de la psiquiatría española*. Barcelona: Glosa. 2004; p. 585-602.
44. Saiz-Galdós J, Chévez A. La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Intervención psicosocial*. 2009; 18 (1). p. 75-88.
45. *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026*. Madrid: Ministerio de Sanidad-Secretaría General Técnica-Centro de Publicaciones; 2022.



46. Mesa-Velasco R, García-Navarro B, Nieto-Campos A, San Román-Mata S. El tratamiento asertivo comunitario en pacientes de Salud Mental en España: Características y situación actual. *Journal of Sport and Health Research*. 2021; 13 (3). p. 347-62.
47. Barrios LF. La propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario en España: una posición escéptica. En: Ventura S, Santos F, directores. *La respuesta judicial ante la enfermedad mental*. Cuadernos de Derecho Judicial. Madrid: Consejo General del Poder Judicial. 2006; 62. p. 311-425.
48. Rivas F. La psicosis en la comunidad y el espacio sociosanitario: Nuevos retos y nuevos protagonistas para la vieja reforma psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2003; 22 (85). p. 59-73.
49. Morago P. Tratamiento comunitario asertivo: práctica, consideraciones éticas y rol del trabajador social. *Cuadernos de Trabajo Social*. 2006; 19.p. 7-23.
50. Rodríguez-Pulido F, Rodríguez-García MA, González-Dávila E, Méndez ME. Las personas con trastorno mental grave en un programa de alojamiento supervisado por un Equipo Comunitario Aseritivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2022; 42 (142). p. 49-66.
51. Cortázar I. Análisis del principio de eficacia administrativa: Especial consideración de la sanidad. *Gabilex*. 2015; 4. p. 37-69.
52. López-Santiago J, Blas LV, Gómez M. Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2012; 17 (1). p. 1-10.
53. McGrew JF, Bond GR, Dietzen L, McKasson M, Miller LD. A multisite study of client outcomes in assertive community treatment. *Psychiatric Services*. 1995; 46 (7). p. 696-701.
54. Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. *Cuadernos Técnicos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2002; 6.
55. Jurado S, Jara JA, López-Rubia EM. Tratamiento asertivo comunitario en personas con trastorno mental grave. *Revista de Enfermería y Salud Mental*. 2017; 8. p. 25-33.
56. Luengo MA, Gutiérrez B, Rodríguez-Suárez N. Personas con trastorno mental severo sin hogar. La exclusión sanitaria y social. Reflexiones teórico-prácticas. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 2018; 15 (1). p. 42-62.
57. Finnerty M et. al. Clinicians perceptions of challenges and strategies of transition from assertive community treatment to less intensive services. *Community Mental Health Journal*. 2015; 51.p. 85-95.
58. Latimer EA. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literatura. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1999; 44 (5). p. 443-54.
59. Hastrupp LH, Aagaard J. Costs and outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural area in Denmark: 4-year register-based follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2017; 69 (2). p. 110-17.
60. Santos AB, Hawkins GD, Julius B, Deci, PA, Hiers TS, Burns BG. A pilot study of assertive community treatment for patients with chronic psychotic disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 1993; 150 (3). p. 501-4.
61. Aagaard J, Tuszeski B, Kolbaek P. Does Assertive Community Treatment Reduce the Use of Compulsory Admissions?. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2017; 31 (6). p. 641-46.
62. Vidal S, Perroud N, Correa L, Huguelet Ph. Assertive Community Programs for Patients with Severe Mental Disorders: Are Benefits Sustained After Discharge?. *Community Mental Health Journal*, 2020; 56 (3). p. 559-67.
63. Phillips SD et al. Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*. 2001; 52 (6). p. 771-79.
64. Barrios LF. La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. *Revista Criminalidad*. 2015; 57 (1). p. 45-60.

65. Barrios LF. El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro. *Norte de Salud Mental*. 2021; XVII (64). p. 25-38.
66. Sierra MV. *La medida de libertad vigilada*. Valencia: Tirant lo Blanch; 2013.
67. Lamberti JS, Weisman RL, Faden DI: Forensic assertive community treatment: Preventing incarceration of adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*. 2004; 56. p. 1285-93.
68. McCoy ML, Roberts DL, Hanrahan P, Clay R, Luchins DJ. Jail linkage assertive community treatment services for individuals with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2004; 27. p. 243-50.
69. Weisman RL, Lamberti JS, Price N. Integrating criminal justice, community healthcare, and support services for adults with severe mental disorders. *Psychiatric Quarterly*. 2004; 75. p. 71-85.
70. Morrissey J, Meyer P, Cuddeback G. Extending assertive community treatment to criminal justice settings: Origins, current evidence, and future directions. *Community Mental Health Journal*. 2007; 43. p. 527-44.
71. Cuddeback GS, Morrissey JP, Cusack KJ. How many forensic assertive community treatment teams do we need?. *Psychiatric Services*. 2008; 59. p. 205-8.
72. Lamberti JS, Weisman RL. Forensic assertive community treatment: Origins, current practice, and future directions. En: Dlugacz, H, editor. *Reentry planning for offenders with mental disorders*. 1st edit., Kingston (New Jersey): Civic Research Institute; 2010. p. 121-45.
73. Cuddeback GS, Morrissey JP. Program planning and staff competencies for forensic assertive community treatment: ACT-eligible versus FACT-eligible consumers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2011; 17. p. 90-7.
74. Lamberti JS, Deem A, Weislan, Laduke C. The role of probation in forensic assertive community treatment. *Psychiatric Services*. 2011; 62. p. 418-421.

- Recibido: 08/07/2023.
- Aceptado: 01/12/2023.