

# **EL INGRESO PSIQUIÁTRICO: PROBLEMAS QUE PLANTEA EL INGRESO INVOLUNTARIO.**

**Fernando Santos Urbaneja**  
**Fiscal de la Audiencia Provincial de Córdoba**  
**Coordinador del Foro Andaluz del Bienestar Mental**

© *Fernando Santos Urbaneja*  
1994

**fsurbaneja@telefonica.net**  
**<http://fernandosantosurbaneja.blogspot.com/>**

**Publicado en:**

ESTUDIOS DEL MINISTERIO FISCAL III-1995 – Ministerio de Justicia

FORO ANDALUZ DEL BIENESTAR MENTAL – 1996 – “La Deficiencia y la Enfermedad Mental: Mecanismos legales de Protección”

## SUMARIO

BREVE INTRODUCCIÓN

EL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO: Art. 211 C.C.

EL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO URGENTE

EL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO ORDINARIO

EL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO SOBREVENIDO

EL INTERNAMIENTO DE MENORES Y PERSONAS SOMETIDAS A PROCEDIMIENTO DE INCAPACITACIÓN O YA JUDICIALMENTE INCAPACITADAS.

ACTUACIONES E INCIDENCIAS POSTERIORES AL INTERNAMIENTO

CONCLUSIONES - SOLUCIONES

ANEXO

Legislación, Jurisprudencia, Doctrina de la Fiscalía General del Estado. Estudios.

## 1.- BREVE INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente la atención al deficiente, enfermo mental o asimilados, pasaba por su separación y aislamiento en establecimientos cerrados y distantes (manicomios) lo cual determinaba sin remedio su marginación y estigmatización social, alentando al propio tiempo la extraña percepción social de estos padecimientos apoyada en profundos prejuicios culturales.

En las últimas décadas la Psiquiatría ha ofrecido alternativas diversas y ha crecido notablemente la estimación de los derechos de la persona. Ello ha dado lugar, a menos a nivel institucional, a una sensibilidad nueva, a una percepción distinta de esas realidades, que se ha visto reflejada en primer lugar en los Convenios Internacionales sobre Derechos Humanos<sup>1</sup> y en un segundo momento en la legislación interna de los países.

En España, además de la Constitución de 1.978 y de los Tratados Internacionales, es punto obligado de referencia la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1.986, que supuso una decisiva reforma del sistema sanitario y en especial de la atención psiquiátrica que pasa a integrarse en el sistema sanitario general como una enfermedad más, reduciéndose al máximo los supuestos de hospitalización.<sup>2</sup>

---

1

\* Por ejemplo, el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales ( Roma, 4 de octubre de 1.950; París 6 de junio de 1.963 y 20 de enero de 1.966) cuyo texto fue publicado en el B.O.E. el día 10 de octubre de 1.979, Nº 243.

\* En el marco del Consejo de Europa se han producido importantes Recomendaciones; a destacar la Recomendación 818 (1.977) de 8 de octubre de la Asamblea Parlamentaria, sobre la situación de los enfermos mentales y la Recomendación nº 2 (1.983) de 22 de febrero del Comité de Ministros, sobre protección jurídica de personas aquejadas de enfermedad mental internadas como pacientes involuntarios.

2

La Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1.986 - B.O.E. 28 y 29 de abril. Nº 101 y 102, dedica el capítulo tercero del libro primero a la Salud Mental.

El artículo 20 establece:

"Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la Salud Mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas:

1.- La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando 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.

Se considerarán de momo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2.- La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3.- Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los Servicios Sociales.

Se trata en definitiva, de no dar consideración distinta a un infarto de miocardio que al brote de un esquizofrénico contemplando los padecimientos físicos y mentales como necesidades clínicas equiparables y de primar al máximo el tratamiento en libertad reservándose la medida de internamiento para supuestos extremos en la creencia de que la libertad y la integración en el medio social y familiar del enfermo son factores de salud mental de modo que, no sólo la dignidad de la persona reclama su libertad, también se pide a la luz de consideraciones clínicas; salud y libertad van de la mano pero, las cosas no son tan sencillas, hay más intereses en juego (seguridad, perjuicio de tercero, alarma social...) que van a entrar en conflicto. Cada interés tiene su valor, la cuestión es lograr un consenso sobre la base del conocimiento y respeto recíprocos.

**A.- CUANDO EL INTERNAMIENTO CUENTA CON LA VOLUNTAD DEL PACIENTE.** En estos casos no plantea problemas desde el punto de vista jurídico pues haciendo uso de la libertad se consiente en el tratamiento pero; hablar de voluntariedad y consentimiento en relación con los deficientes o enfermos mentales es siempre cuestión delicada y comprometida. Es preciso valorar en cada caso la fiabilidad del consentimiento pues frecuentemente se detectan casos de "voluntades dirigidas por terceros" que determinan manifestaciones de voluntad muy devaluadas<sup>3</sup>

**B.- CUANDO EL INTERNAMIENTO NO CUENTA CON LA VOLUNTAD DEL PACIENTE.** Ya sea porque no puede manifestarse o porque se opone explícitamente al mismo, la privación de la libertad deambulatoria por breve que sea y la imposición de un tratamiento médico no consentido reclaman la garantía que depara el control judicial de todo el proceso en la forma establecida por las leyes.<sup>4</sup>

---

4.- Los Servicios de Salud Mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán asimismo en coordinación con los Servicios Sociales los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general."

3

Esta preocupación es patente en la Instrucción nº 3 / 1.990 de 7 de mayo de la Fiscalía General del Estado sobre el régimen jurídico que debe regir para el ingreso de personas en residencias de la tercera edad.

4

La Jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en relación con el internamiento de enfermos mentales que dimana entre otras de la sentencia de 24 de octubre de 1.979 ( caso WINTERWEP); sentencia de 5 de noviembre de 1.981 (caso X contra el Reino Unido); sentencia de 23 de febrero de 1.984 (caso Luberti); sentencia de 28 de mayo de 1.985 (caso Ashingdane); sentencia de 2 de marzo de 1.987 (caso Weeks); sentencia de 21 de febrero de 1.990 (caso Van Der Leer); etc. Establece:

Primero: La decisión sobre la legalidad del internamiento se encomienda al Juez, sin que pueda ser sustituida por otras autoridades, ni siquiera por el Ministerio Fiscal.

Segundo: El enajenado ha de tener la posibilidad de ser oído personalmente o, en su caso, mediante alguna forma de representación.

En nuestro país la regulación del internamiento en sus distintas hipótesis se encuentra en el artículo 211 del C.C. precepto de escueto contenido introducido por la Ley 13 / 1.983 de 24 de octubre cuya aplicación cuando se ha sobrepasado una década desde su entrada en vigor sigue planteando graves disfunciones y problemas. Su análisis constituye el objetivo primordial de esta ponencia. Pronto podrá apreciarse como las dificultades provienen fundamentalmente de LA IMPLICACIÓN DE UNA PLURALIDAD DE INSTANCIAS Y PROFESIONALES (Instancias Judiciales, Administrativas, Sanitarias; Profesionales de la Medicina, del Derecho, Fuerzas de Seguridad del Estado), advirtiéndose asimismo un desconocimiento recíproco sobre la organización y fines de los otros lo que provoca inevitablemente descoordinación, conflictos y que muchos internamientos, generalmente los más apremiantes, queden frustrados.

## 2.- EL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO: Art. 211 del C.C.

### A.- CONCEPTO Y NATURALEZA

El internamiento psiquiátrico involuntario conlleva la privación forzosa de la libertad deambulatoria con fines exclusivamente terapéuticos.

Es por tanto una actuación sanitaria tendente a la recuperación de la salud y reinserción social del enfermo que por afectar a un derecho fundamental de la persona se somete a la garantía judicial que se limita a "autorizar" o a "aprobar" la medida.

### B.- SUJETOS

El Art. 211 del Código Civil en su redacción dada por la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de Enero ya no se refiere como hacía antes al "presunto incapaz", sino "a la persona que por razón de trastorno psíquico no esté en condiciones de decidir por sí"

---

Tercero: El enajenado tiene derecho a ser informado sobre las condiciones del internamiento.

Cuarto: La decisión judicial ha de adoptarse en breve plazo

El artículo 17.1 de la Constitución establece que "Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley".

Con lo cual se puede mantener ya sólidamente, que el precepto y la medida son de aplicación tanto a las personas que sufren dolencias psíquicas persistentes a las que alude el Art. 200 del C.Civil a efectos de poder ser judicialmente incapacitadas, como a aquellas otras aquejadas de trastornos psíquicos pasajeros aunque acompañados de perturbación intensa, de los que se puede retornar a la normalidad en un plazo más o menos breve.

### **C.- CLASES**

Son muchas las clasificaciones que se han hecho del internamiento psiquiátrico<sup>5</sup>.

En lo que a nosotros interesa vamos a distinguir dentro del internamiento involuntario las siguientes *clases*:

#### **1.- Internamiento Ordinario:**

Es el que se produce después de un procedimiento que culmina en autorización judicial.

#### **2.- Internamiento Urgente:**

Es aquél en el que la necesidad y la premura reclaman una intervención sanitaria inmediata, tramitándose posteriormente el expediente. La resolución judicial en este caso ya sólo podrá convalidar o reprobado, en su caso, lo ya realizado.

#### **3.- Internamiento Programado:**

Es aquél indicado y programado por los dispositivos sanitarios de salud mental.

#### **4.- Internamiento No Programado:**

Es aquél que no está previsto y aparece asociado a situaciones de urgencia con necesidad de hospitalización inmediata.

De lo anteriormente expuesto se deduce fácilmente que el internamiento Ordinario suele ser programado y el Urgente carece de programación.

---

5

Véase por ejemplo la obra de M. Martín Granizo "La incapacitación y sus figuras afines"; pags. 116 y siguientes.

## D.- CRITERIOS

Existe práctica unanimidad en considerar que el criterio que ha de regir el internamiento es exclusivamente clínico, de modo que la actuación judicial se limitaría a verificar si ha existido o no esta indicación médica.

A mi modo de ver la cuestión es bastante más compleja. Sin duda la finalidad del internamiento ha de ser exclusivamente terapéutica, pero la decisión sobre si aquél ha de producirse (en el Ordinario) o si se ha procedido correctamente (en el Urgente) entraña un juicio de valor más ponderado con al menos los siguientes puntos de referencia:

### CLINICO.

Es, desde luego, el punto de partida, el eje sobre el que debe gravitar la decisión. Será preciso conocer las características de la dolencia, su gravedad, las consecuencias sanitarias de su no adopción.

Si no hay indicación médica no puede haber internamiento.

### LA VOLUNTAD DEL DEFICIENTE EN CASO DE PODER SER MANIFESTADA.

Quisiera detenerme un poco en este punto, porque quizá una maraña de equívocos nos esté impidiendo ver lo fundamental.

Culturalmente existen estereotipos de la dolencia mental identificados con el "loco" o "retrasado" que aparecen asociados en la conciencia colectiva a la inhabilitación absoluta, a la irracionalidad de pensamientos o deseos, que por lo mismo, no han de ser tenidos en cuenta.

Estos prejuicios de ciudadano, perviven normalmente entre los profesionales que no tienen contacto cercano con los padecimientos mentales.

La cuestión demanda probablemente un planteamiento distinto.

Desde el punto de vista médico, la incidencia en el conocimiento o voluntad que producen las diversas alteraciones psíquicas es muy variable.

Desde el punto de vista jurídico, toda persona no incapacitada goza de la presunción de capacidad, y puede ejercitar libremente los derechos que le corresponden.

De lo anterior se desprende que la dignidad de la persona exige una actitud receptiva hacia sus manifestaciones. Además, el que haya tenido cierto contacto con personas afectadas por dolencias mentales, sabe que prácticamente todos ellos, en mayor o menor medida, aprecian la libertad, la compañía, la amistad, saben lo que les hace felices o desgraciados y, en algunos casos, viven con verdadera angustia la privación o restricción de sus derechos.

Frente a esta realidad, se corre el riesgo de caer en el "paternalismo", de modo que sean terceras personas bien intencionadas las que digan lo que es bueno para otra u otras, e incluso impongan coactivamente las soluciones sin ni siquiera recabar la opinión de aquellas.

En su influyente ensayo "Sobre la libertad", John Stuart Mill afirmaba que *"nadie es mejor juez que uno mismo con respecto a lo que daña o no daña los propios intereses. El hombre o la mujer más común tiene al respecto, medios de conocimiento que superan inconmensurablemente aquellos que pueda poseer cualquier otro".* Y añade *"todos los errores que el individuo pueda cometer en contra del consejo y la advertencia, están contrarrestados de lejos por el mal de permitir a otros que le obliguen a hacer aquello que consideran que es su bien".*

Entiendo que el Fiscal, a la hora de informar un internamiento y el Juez al decidir sobre su autorización o aprobación, han de tener muy presentes los derechos y deseos del enfermo.

Si la persona que necesita los auxilios no puede manifestarse o carece de suficiente lucidez, hay que actuar con criterios clínicos.

Si el internamiento no se autoriza y, por tanto el enfermo continúa en su entorno, es muy posible que subsistan problemas de convivencia o molestias para familiares o terceros cuya solución es de índole asistencial y/o familiar, los cuales, desde el punto de vista jurídico, no justifican la adopción de una medida tan extrema como el internamiento.

## EL PERJUICIO DE TERCERO.

Es un criterio complementario que puede ser útil en aquellos casos en que los criterios anteriores no arrojen soluciones concluyentes. En cualquier caso, el perjuicio ha de ser:

- REAL, no bastando los meros temores.
- DE CIERTA ENTIDAD. No ha de tratarse de molestias menores.



Además de los criterios antes expuestos se pueden detectar otros que apuntan a la “*peligrosidad*” del enfermo (CRITERIO SEGURIDAD), como “*probabilidad*” de que pueda cometer hechos dañosos para si o para terceras personas.

Esta clase de juicios desde el punto de vista jurídico pueden ser tachados de inconstitucionales pero no cabe duda de que juegan su papel a la hora de resolver sobre la indicación de la medida de internamiento o de su prolongación. (Ej. Enfermo que ha manifestado su deseo de quitarse la vida o de quitársela a un tercero en cuanto sea dado de alta)

Por fin, la ALARMA SOCIAL creada por la conducta que motivó el ingreso o por su autor es un factor que “*de hecho*” influye a la hora de tomar este tipo de decisiones .

### 3.- EL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO URGENTE

#### A.- DESCRIPCIÓN

El internamiento involuntario urgente, es como se ha dicho, aquél realizado en contra de la voluntad del enfermo, que por lo apremiante de la situación reclama una intervención sanitaria inmediata recabándose posteriormente la aprobación judicial.

Aunque el art. 211 C.C. contempla el internamiento urgente como una excepción, en la práctica son con diferencia, los más numerosos.

Suele darse respecto a aquellas personas que sufren dolencias mentales que cursan con brotes esporádicos de etiología variable y difícil previsión. Normalmente dan lugar a situaciones de acentuada tensión y aparatosidad. Dada su perentoriedad e imprevisión se realizan sin programación sanitaria previa.

#### B.- PERSONAS, INSTITUCIONES, PROFESIONES IMPLICADOS, ORDEN LÓGICO DE INTERVENCIÓN. EL TRASLADO Y EL INGRESO.

Primero: Solicitud de asistencia sanitaria y solicitud de internamiento.

Se trata de dos cosas distintas. Cuando los particulares afectados se dirigen al dispositivo sanitario lo que hacen es pedir una actuación clínica respecto de la persona en cuestión tendiente a encauzar y resolver el episodio planteado. Es el propio dispositivo sanitario el que tras valorar la situación del enfermo indica o no la conveniencia del internamiento; se produce entonces la verdadera solicitud de internamiento que técnicamente se plantea entre el facultativo que ha atendido al enfermo y el sistema sanitario.

A.- Personas o Instituciones de las que puede partir la solicitud de asistencia sanitaria tendiente a lograr el internamiento del enfermo.

**\* De la familia o terceros allegados:** Es lo más frecuente. Además de la obligación moral que nace de los lazos familiares o del afecto, el art. 304 del C.C. ampara todas aquellas iniciativas del "guardador de hecho" adoptadas en interés del "presunto incapaz".

Lo correcto es realizar la petición de asistencia al equipo de salud mental del distrito al que pertenezca el enfermo (en su caso al facultativo particular) y no al servicio de urgencia o a la unidad de Agudos de los hospitales generales, policía...

**\* De terceros afectados / perjudicados:** Normalmente vecinos o ciudadanos víctimas de molestias varias u otros perjuicios. Ordinariamente acuden a la policía o al Juzgado de Guardia, lo cual salvo comisión de infracciones penales no tiene razón de ser. Es usual asimismo que se dirijan al servicio de urgencias o reclamen la presencia de una ambulancia ordinaria. Difícilmente un ciudadano medio puede saber que lo correcto es avisar al equipo de salud mental del distrito.

No obstante, si no existe diagnóstico psiquiátrico previo o cuando no se sabe qué dolencia afecta a la persona, sí es correcto acudir a los servicios de atención ordinarios, quienes valorarán si se trata o no de un padecimiento mental.

Si es así, podrán recabar el auxilio de los dispositivos especializados de salud mental, quienes valorarán la necesidad de que se lleve a cabo un internamiento hospitalario o si por el contrario bastan otras medidas.

**\* Del Ministerio Fiscal.** De lo dispuesto en el art. 3 - 6 del E.O.M.F. y los arts. 203, 209 y 299 bis del C.C. se desprende con claridad que el Ministerio Fiscal está legitimado para solicitar la actuación sanitaria tendente al internamiento de una persona<sup>6</sup>.

No es difícil adivinar que si se acude a Fiscalía es porque se trata de situaciones de desamparo y desarraigo extremas, de personas que no tienen a nadie, sobre las que nadie quiere o se atreve intervenir.

A diferencia de lo que ocurre con los menores desamparados (art. 172 del C.C.) no existe una institución pública a la que la Ley encomiende expresamente la tutela de los intereses de los enfermos y deficientes mentales desamparados<sup>7</sup>.

---

6

Amplia justificación de lo expuesto se puede encontrar en la obra de M. Martín Granizo "La incapacitación y figuras afines", pags. 122 y 123.

7

\* Tal situación fue objeto de especial atención en ponencia de Luis Portero García, Fiscal Jefe del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Granada - marzo de 1.990

Así las cosas al Ministerio Fiscal corresponde su representación y defensa (art. 299 bis del C.C.) y en uso de tales atribuciones está obligado a promover las medidas necesarias para restablecer, en la medida de lo posible sus derechos.

B.- Respuestas frecuentes del sistema sanitario.

**\* No se cuenta con ambulancia para atender esas situaciones** (muy frecuente en el medio rural) por lo que el interesado deberá procurarse el modo y medio de transporte al centro de Salud, lo cual es ordinariamente muy complicado superando las posibilidades y disposición de familiares o terceros proclives a colaborar en el traslado que, finalmente, no se lleva a cabo.

Frente a esta situación de falta de medios sólo cabe encarecer a las Autoridades Sanitarias que doten suficientemente todas las unidades de salud mental.

**\* No se atiende a domicilio:** Como norma general el sistema sanitario recomienda vivamente que los traslados se realicen con medios propios pues de otro modo no existirían ambulancias suficientes para atender todas las peticiones que se produce, algunas de las cuales de escasa entidad desde el punto de vista clínico.

Esto que es razonable no debe convertirse en dogma pues, aunque no son muy numerosos, se presentan episodios - máxime tratándose de enfermos mentales - a los que sólo puede hacer frente un dispositivo sanitario.

Se impone en consecuencia, realizar una valoración en cada caso y enviar un dispositivo al lugar en que se encuentra el enfermo (domicilio, vía pública, comisaría...) si concurren circunstancias excepcionales. Dependiendo de la gravedad las Fuerzas de Orden Público se prestan a cooperar en el traslado.

---

\* Esta carencia ha provocado el interés de instituciones de tutela tanto de carácter público como privado. Buena prueba de ello es el Instituto almeriense de la Diputación Provincial de Almería, objeto de merecido reconocimiento en el informe del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España, pag. 576 y ss.

\* El movimiento asociativo de familiares y allegados a enfermos y deficientes mentales es actualmente muy vigoroso.

**\* Ha de acudir a otra unidad o centro de salud.**

El ámbito sanitario como es lógico cuenta con una organización y ordenación de sus recursos que hay que conocer y respetar. Existen distintos niveles de atención y dentro de cada nivel la prestación del servicio se distribuye territorialmente por distritos. Hay que acudir al nivel y distrito indicados, lo cual ocurre sin problemas cuando se trata de enfermos normalizados que cuentan con familia o terceras personas responsables y que se encuentran bajo tratamiento y control a nivel ambulatorio.

¡Qué difícil es acertar cuando se trata de transeúntes, extranjeros, desplazados y marginados de toda clase que son los que acaban siendo responsabilidad del Ministerio Fiscal; como veremos están fuera del sistema. Ese es su gran problema.

**\* No se cuenta con valoración clínica que indique el internamiento.** Se ha señalado anteriormente que la solicitud de internamiento ha de estar apoyada en una indicación terapéutica que realiza el facultativo que ha atendido o visto al enfermo. Los particulares técnicamente no pueden solicitar el internamiento.

Ocurre que sólo los muy ilustrados conocen el mecanismo correcto y el ciudadano medio expresa su inquietud o necesidad a través de la "solicitud de internamiento". Ante lo cual el sistema sanitario responderá reclamando el dictamen médico que lo indique (Seguridad Social o compañía privada).

En determinados casos, bien por ser el primer episodio que se plantea, bien porque se trata de personas marginadas o alejadas de su entorno natural (extranjeros, transeúntes...) tal valoración no existe o no es posible conocerla, por lo que la respuesta sanitaria correcta es acudir / atender al enfermo para verificar la existencia o no de padecimiento mental (embriaguez, drogadicción, falta de higiene) y en su caso la conveniencia de hospitalización.

**\* El enfermo no está afiliado a la Seguridad Social.**

Lamentablemente no es una respuesta infrecuente y sorprende sobremanera tras un ya no despreciable período del texto constitucional (art. 10, 13.1, 14, 41, 43 y 49 ) y de la Ley General de Sanidad cuyo art. 1.2. proclama que "son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional<sup>8</sup>.

---

8

La exposición de motivos de la citada Ley dice que la misma... "da respuesta al requerimiento constitucional de los arts. 43 y 49, reconociendo el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España", si bien por razones de crisis económica que no es preciso subrayar, no generaliza el derecho a obtener gratuitamente dichas prestaciones sino que programa su aplicación paulatina de manera que sea posible observar prudentemente el proceso evolutivo de los costes cuyo incremento no va necesariamente ligado a las medidas de

El art. 1.3 añade "los extranjeros no residentes en España, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan".

Universalidad de prestación y deber de asistencia son los criterios fundamentales; quien haya de correr con los gastos es cuestión ulterior. Si la persona cuenta con una compañía privada , seguro, etc..., lo correcto es que se repercuta a aquellas el gasto, el gasto de la hospitalización y tratamiento (En ocasiones la Seguridad Social exige este compromiso por escrito). La afiliación a una compañía privada no debe ser causa para rechazar la prestación.

### Segundo: El dispositivo sanitario - la ambulancia

Salvo que exista indicación médica previa de internamiento, el dispositivo sanitario con facultativo y personal especializado ha de valorar la situación del enfermo, determinar de qué dolencia se encuentra afectado y, en su caso, si procede su hospitalización en la unidad de salud mental.

Las irregularidades o deficiencias mas generalizadas son las siguientes:

QUE SE EXIJA AUTORIZACIÓN JUDICIAL PREVIA CUANDO EL PACIENTE MANIFIESTA SU RECHAZO A LA INTERVENCIÓN: Sabemos que en situaciones de urgencia El control judicial tiene lugar "a posteriori". El dispositivo sanitario no debe preocuparse de eso sino de determinar el grado de lucidez y fiabilidad de la manifestación de voluntad del enfermo. Si no cuenta con capacidad ha de hacerse lo que se estime más correcto desde el punto de vista médico.

QUE ACUDA UN DISPOSITIVO NO ESPECIALIZADO. Normalmente no sirve una ambulancia ordinaria y mucho menos si está servida por personal no profesional (voluntarios de la cruz roja y objetores de conciencia que prestan sus servicios en esta institución). Ha de acudir un facultativo y personal experto tal como prevé la reglamentación sanitaria.

### Tercero: Las Fuerzas de Seguridad del Estado.

Cuando el dispositivo sanitario no pueda controlar la situación creada, puede recabar el auxilio de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado<sup>9</sup>.

---

reforma de las que, en un primera fase, por la mayor racionalización que introduce en la Admon. puede esperarse lo contrario.

9

Algunas CCAA han regulado expresamente el traslado e ingreso de pacientes psiquiátricos y el recurso a las Fuerzas de Seguridad del Estado. Así el art. 13 de la

Desde luego que el ocasional auxilio con finalidad exclusivamente terapéutica no forma parte de las funciones nucleares de las Fuerzas de Seguridad del Estado, pero tampoco es algo que les sea completamente ajeno. La razón, la experiencia y legislación que regulan sus funciones inciden en esta idea.

Así el art. 11.1º - D de la L.O. 2 / 86 de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado incluye entre sus funciones la de auxiliar y proteger a las personas y asegurar la conservación y custodia de los bienes que se encuentren en peligro por cualquier causa".

Igualmente se encomienda a la Policía Local el cooperar en la resolución de los conflictos privados cuando sean requeridos para ello (art. 53.1.i). El problema surge a la hora de justificar el recurso a la fuerza para conseguir la conducción de un enfermo que no ha cometido delito alguno. Para José María Mena<sup>10</sup> únicamente la existencia de un peligro relevante, ya sea para el enfermo o para un tercero (familiares, vecinos, transeúntes, personal facultativo....) justificaría la aprehensión y conducción forzosa.

Quedarían fuera de este marco diversos supuestos de marginación (vagabundos, ancianos descuidados, alcohólicos...) salvo en los supuestos de riesgo comentados.

Las irregularidades más frecuentemente detectadas son las siguientes:

#### A.- EXIGIR DENUNCIA PREVIA

Como si su intervención viniese dada en virtud de la comisión de un hecho delictivo. Cuando ello no haya ocurrido y no sea más que una hipótesis, las Fuerzas de Seguridad han de actuar en virtud de los preceptos legales aludidos.

#### B.- EXIGIR AUTORIZACIÓN JUDICIAL PREVIA.

---

Resolución 19/1.990 de 18 de abril del Servicio Andaluz de Salud establece que "El facultativo del dispositivo sanitario que atienda a un paciente, requerirá el auxilio de las Fuerzas y Cuerpos de la Seguridad del Estado (Policía Nacional, Policía Local, Guardia Civil) para que éstas con su intervención procedan a reducir al paciente en los casos en que la manifiesta oposición de éste a ser asistido y trasladado provoque una alteración de orden público o ponga en peligro la integridad física de las personas y la conservación de bienes materiales.

En estos supuestos se actuará en estrecha colaboración con dichas Fuerzas de Seguridad y tan pronto el paciente haya sido reducido el personal sanitario intervendrá aplicando las medidas terapéuticas oportunas".

<sup>10</sup>

José M<sup>º</sup> Mena Álvarez, Teniente Fiscal del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, es autor de una interesante ponencia sobre esta materia. Sostiene que la evaluación del "peligro" (juicio de peligrosidad) como previsión de un mal derivado del cálculo de un comportamiento futuro de la persona que sufre el padecimiento mental, debe corresponder principalmente al especialista científico, al médico psiquiatra.

Carece de sentido en medio de una urgencia y lógicamente no tiene respaldo legal alguno esta exigencia. La obligación de intervenir nace de la Ley y no en virtud de la mediación judicial<sup>11</sup>.

La cooperación puede exigir la entrada en el domicilio donde, el enfermo, en soledad y perdida la conciencia de sus actos, puede cometer hechos gravísimos.

Tampoco en estos supuestos se requiere la previa autorización judicial pues la urgencia de la intervención exige una intervención inmediata. En estos casos la entrada en el domicilio está justificada. Así el artículo 491 del Código Penal recientemente derogado, establecía que no comete delito de allanamiento de morada...."El que entra en morada ajena para evitar un mal grave a si mismo, a los moradores o a un tercero, ni el que lo hace para prestar algún servicio humanitario o a la justicia"

El precepto desaparece en el nuevo Código pero la vigente Ley Orgánica 1/1992 de 21 de Febrero, de Protección de la Seguridad Ciudadana establece en su artículo 21-3º que:

*"Será causa legítima suficiente para la entrada en domicilio, la necesidad de evitar daños inminentes y graves a las personas y a las cosas, en supuestos de catástrofe, calamidad, ruina inminente u otros semejantes de extrema y urgente necesidad".*

Como quiera que son muchos los recelos que se plantean, las Autoridades Sanitarias han llegado a elaborar formularios para solicitar por escrito la mentada cooperación.

#### Cuarto: El Centro de Internamiento

#### CLASES, CARACTERÍSTICAS, LA COMISIÓN DE ADMISIÓN.

Normalmente las unidades de agudos de los hospitales generales (art.20.2 de la L.G.S.) aunque en principio nada impide que se trate de un centro de carácter privado.

Existen en las Unidades de Agudos una "Comisión de Admisión" que evaluará de nuevo la situación y someterá a juicio el dictamen del facultativo que ha indicado el internamiento<sup>12</sup>.

---

11

En el mismo sentido José Mª Mena Álvarez.

12

En muchas ocasiones el enfermo - guiado por familiares, policía... - llega a la unidad sin previa indicación de internamiento, lo cual puede motivar de plano su rechazo y remisión al facultativo correspondiente o que, según la urgencia y circunstancias, sea examinado por los médicos que integran la Comisión.

Si se rechaza el ingreso es preciso comunicárselo a la familia o persona responsable del enfermo para que se haya cargo de él con indicación del servicio donde pueda ser atendido.

En ocasiones nadie quiere hacerse cargo del enfermo o se dejan direcciones falsas, planteándose problemas de difícil solución (internamiento de verano) dado que el ingreso no ha llegado a materializarse, nada hay que comunicar a la autoridad judicial.

## EL INGRESO

Se produce cuando la Comisión de Admisión estima procedente el internamiento, es obligado ponerlo inmediatamente en conocimiento de la Autoridad Judicial y en todo caso dentro del plazo de 24 horas que estable el art. 211. del C.C.

## EL ALTA.

Se produce en virtud de criterios exclusivamente médicos y bajo su responsabilidad<sup>13</sup>.

Ha de ir acompañada de comunicación a la Autoridad Judicial (formulario III), Ministerio Fiscal, familia y Equipo de Salud Mental en el que ha de continuar el tratamiento ambulatorio.

---

La resolución de 5 de febrero de 1.986 del Instituto Andaluz de Salud Mental por la que se crean las Comisiones de Admisión de Enfermos en Centros de Salud de Internamiento Psiquiátrico establece:

Primero: En todos los centros y unidades hospitalarias de internamiento psiquiátrico, ya sean de titularidad pública o concertadas, se constituirá una Comisión de Admisión de enfermos que decidirá, en cada caso, sobre la procedencia del ingreso.

Segundo: La Comisión de Admisión estará integrada por los siguientes miembros:

- A.- El Director del centro o facultativo en quien delegue
- B.- El Jefe de la Unidad Psiquiátrica
- C.- El médico que efectuó el ingreso del enfermo
- D.- Un trabajador social

<sup>13</sup>

Ver la obra de J.J. Carrasco Gómez "Responsabilidad Médica y Psiquiatría". Edt. Colex, cuyo capítulo octavo pag. 169 a 191 está dedicado a los internamientos psiquiátricos.



En cuanto a la comunicación al M. Fiscal que se deriva de lo establecido por el art. 203 del C.C. es de sumo interés que se haga constar si a juicio de los facultativos concurren o no causas de incapacitación así como la dirección de la persona que solicitó la intervención sanitaria, normalmente un familiar o guardador de hecho para poder establecer comunicación con las mismas.

#### PROBLEMAS MÁS FRECUENTES<sup>14</sup>.

##### **A.- Ausencia de Comunicación:**

Ya no es un defecto frecuente.

Desde el punto de vista jurídico se trata de un acto nulo puesto que impide que entre en juego la garantía judicial<sup>15</sup>.

##### **B.- Comunicación o recepción tardías.**

En ocasiones por una u otra razón cuando la Autoridad Judicial recibe la noticia del ingreso ya se ha dado de alta al enfermo. Hay que tener en cuenta que por lo común el tiempo de estancia en la unidad es muy corto.

##### **C.- Escasez de dispositivos sanitarios intermedios de salud mental y descoordinación con Servicios Sociales.**

No se trata de problemas jurídicos ni de responsabilidad en consecuencia de la Admón. de Justicia, pero Jueces y Fiscales padecemos sobre manera estas deficiencias ya puestas de relieve en el informe de Comité al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la problemática jurídico-asistencial del enfermo mental<sup>16</sup>.

Ocurre en no pocas ocasiones que el enfermo tras su estancia en la unidad de agudos no tiene quien le atienda ni controle su tratamiento, algunos carecen de domicilio o viven en condiciones infrahumanas; pronto se reproduce la situación que motivó el ingreso y vuelta a empezar el ciclo.

---

<sup>14</sup>

Sobre estas cuestiones se puede encontrar amplia ilustración en el espacio que el Informe del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España, dedica a los internamientos involuntarios urgentes. Pag. 601 y ss

<sup>15</sup>

Ver S.T.S. de 2 de febrero de 1.986

<sup>16</sup>

El citado informe lleva fecha de 13 de julio de 1.988

Ante esta situación los familiares, allegados o afectados acuden alarmados ante el Juez o el Fiscal que generalmente no puede hacer otra cosa que derivar la cuestión al equipo de salud mental o asistente social que corresponda. Hay que recordar que el art. 20 de la L.G.S. dedicado a la salud mental establece en su número tercero que "Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los Servicios Sociales".

Y EL NÚMERO CUARTO AÑADE " Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán así mismo en coordinación con los Servicios Sociales los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general".

Hay que poner de manifiesto que la reforma psiquiátrica derivó a los Servicios Sociales una realidad y problemática para ellos completamente nueva, cuya atención había estado tradicionalmente encomendada al estamento médico con tratamiento en régimen cerrado.

En los últimos años mi experiencia es que las cosas van mejor, que se ha hecho un importante esfuerzo presupuestario, no tanto, dirigido a la creación de centros de carácter público como el establecimiento de conciertos con residencias y establecimientos privados donde se constata un menor conocimiento y por tanto cumplimiento de lo preceptuado por el art. 211 del C.C.

En cuanto a los dispositivos intermedios de Salud Mental (hospitales de día, Unidades de Rehabilitación, comunidades terapéuticas, etc) probablemente han sido insuficientemente desarrollados a juzgar por las reclamaciones en este sentido de las distintas asociaciones de familiares y allegados a enfermos y deficientes mentales.

## Quinto: El Juez

### A.- FUNCIÓN.

La intervención judicial, aunque sea posterior al internamiento, supone una importante garantía para el enfermo, pues de un lado, previene y estimula la corrección de la intervención y de otro, vigila que no se vean afectados más derechos del enfermo que los estrictamente necesarios y no se extiendan las privaciones más allá de lo razonable.

El Juez en los casos de internamiento urgente no "autoriza" algo que se va a hacer sino que "aprueba o convalida" lo ya realizado.

### B.- JUEZ COMPETENTE

Lo es objetivamente el Juez de 1ª Instancia y la competencia territorial la determina el domicilio del "presunto incapaz"<sup>17</sup> o más propiamente dicho a raíz de la reforma del Art. 211 del C.Civil en virtud de L.O. 1/1996, "de la persona que sufra trastorno psíquico y no esté en condiciones de decidir por sí", y cuando éste no coincida con el del centro de internamiento será competente el Juez del domicilio de éste último, único que puede estar en condiciones de prestar la garantía prevista en el art. 211 del C.C.<sup>18</sup>.

### C.- PROCEDIMIENTO

Debe tramitarse a través de expediente de jurisdicción voluntaria conforme a las reglas generales que contienen los arts. 1.811 y ss de la L.E.C. (D. Adl. de la Ley 13/1.983) y las particulares que establece el art. 211 del C.C.

### D.- LA TUTELA JUDICIAL DEL ENFERMO. POSIBILIDAD DE ASISTENCIA LETRADA.

Con independencia del amparo que para el enfermo pueda suponer la intervención del Juez y del Fiscal y aunque este procedimiento no precise la asistencia de Abogado, nada impide que aquél pueda comparecer en el procedimiento asistido por Letrado y representado por Procurador. Ello en modo alguno está prohibido y es conforme a los principios generales que inspiran la defensa y a la Jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos<sup>19</sup>.

---

17

Ello encuentra apoyo en el art. 63 de la L.E.C. y antes también en el nº 20 de este mismo art. que ha quedado sin contenido en virtud de la L.O. 10/92 de 30 de abril de Medidas Urgentes de Reforma Procesal.

18

\* En este sentido la Circular 2/1.984 de la Fiscalía General del Estado.

\* La cuestión fue asimismo objeto de atención en ponencia de Manuel Jesús Dolz Lago, Fiscal Jefe de Lérida, dictada en el I Curso sobre Internamientos Psiquiátricos organizado por la Fiscalía General del Estado, celebrado en Córdoba los días 16 a 18 de marzo de 1.992.

\* Se plantea unánimemente la conveniencia de encomendar las cuestiones derivadas de los padecimientos mentales a un solo Juzgado de 1ª Instancia y a un Fiscal/es concreto.

19

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha señalado como una de las garantías que debe reunir el internamiento (caso Winterwerp) "el que el interesado pueda comparecer ante un órgano judicial y tener la posibilidad de ser oído personalmente o, en su caso, mediante alguna forma de representación".

Señalar también que el procedimiento de "habeas corpus" regulado por L.O. 6/85 de 25 de mayo, considera entre otras, ilegalmente detenidas "a las personas ilícitamente internadas en cualquier establecimiento o lugar" (art.1.B.) y concede expresamente legitimación para iniciarlo:

A.- al privado de libertad, su cónyuge o persona unida por análoga relación de afectividad, descendientes, ascendientes, hermanos, y, en su caso, respecto a los menores o personas incapacitadas sus representantes legales.

B.- Al Ministerio Fiscal

C.- Al Defensor del Pueblo

Cuestión distinta es si, dependiendo de los casos y personas, éstas puedan o no apoderar válidamente.

#### E.- LA VISITA AL CENTRO

La Ley no lo exige pero lo normal es que sea la Comisión Judicial la que se traslade al Centro, a fin de que el Juez, bajo la fe del Secretario Judicial y la muy conveniente presencia del Fiscal, cumpla con el deber de "examinar al enfermo". Examen que permita formar una idea cabal de la situación personal de aquél y conocer si es posible su opinión, sus deseos, sus inquietudes.

#### F.- EL DICTAMEN DEL FACULTATIVO

Proporciona la información más relevante, pues como ya se puso de manifiesto, el internamiento ha de tener finalidad exclusivamente terapéutica y para la decisión judicial sobre su convalidación o no representa también un factor fundamental.

Facultativo es el médico forense que va a ser ordinariamente quien emita el dictamen por la cercanía, cooperación, y servicio que prestan a la Admón. de Justicia.

Hipotéticamente no parece que existe obstáculo legal para que pueda prestar el informe otro facultativo debidamente cualificado o incluso que lo presten varios<sup>20</sup>.

El facultativo puede acompañar a la Comisión Judicial y dictar su informe en el acta extendida por el Secretario o bien hacer el reconocimiento e informe separadamente. En ningún caso puede emitir el informe el mismo facultativo que ha indicado el internamiento.

Lo que más interesa al Juez y al Fiscal es que se les informe sobre si el internamiento es la medida terapéutica más adecuada o si existen otras alternativas; sobre su previsible duración así como sobre las características de la enfermedad y su influencia en la capacidad de gobierno de la persona.

#### G.- EL INFORME DEL MINISTERIO FISCAL - ART. 1.815 L.E.C.

---

D.- Al Juez de Instrucción del lugar en que se encuentre la persona privada de libertad; si no constare, al del lugar en que se produzca la detención, y, en defecto de los anteriores al del lugar donde se hayan tenido las últimas noticias sobre el paradero del detenido.

<sup>20</sup>

Sobre esta cuestión se detiene también de modo especial la ya aludida ponencia de M.J. Dolz Lago.

En cuanto valedor de los derechos fundamentales del enfermo debe vigilar para que éstos se vean afectados únicamente en la medida de lo necesario. Para informar debe conocer suficientemente, a lo que contribuye sobremanera la presencia e intervención en el examen judicial.

Es posible que el internamiento haya supuesto una intromisión desmesurada en la intimidad o libertad del enfermo carente de justificación, en cuyo caso el Fiscal deberá pedir su desaprobación y la inmediata cesación de la medida.

#### H.- PLAZO DE TRAMITACIÓN DEL EXPEDIENTE - RESOLUCIÓN - RECURSOS

No señala la Ley expresamente el plazo en que ha de resolverse el expediente, por lo que se ha propuesto como punto de referencia el de 72 horas que establece el art. 17.2 de la C.E. para la detención preventiva.

El argumento es jurídicamente impecable, pero de difícil realización práctica en función de la natural duración de las diversas comunicaciones y trámites que han de llevarse a cabo.

Desde luego es exigible la mayor celeridad posible en la resolución del expediente.

La autorización ha de revestir la forma de auto y puede ser impugnada a través del recurso de apelación en la manera prevista en los art. 1.819 y 1.820 de la L.E.C.

#### I.- COMUNICACIÓN AL M. FISCAL - ART 203 del C.C.

El fundamento de la comunicación es doble pues, de un lado, se recibe la notificación en cuanto parte interviniente, y de otro, en virtud de la obligación que el art. 203 del C.C. impone a las Autoridades y funcionarios públicos que por razón de sus cargos conocieran la existencia de posible causa de incapacitación de una persona.

En este momento el Fiscal ha de contar ya con la información que sirvió para evacuar el trámite del art. 1.815 L.E.C. que junto a la que puede recabarse posteriormente, servirá para valorar si existen realmente motivos de incapacitación.

#### J.- CONSECUENCIAS DE LA NO APROBACIÓN O CONVALIDACIÓN DEL INTERNAMIENTO.

El efecto inmediato es la externalización del enfermo, sin perjuicio de que siga siendo atendido a través de los mecanismos médicos y asistenciales ordinarios. Desde el punto de vista jurídico habrá que ponderar si ha existido por parte de alguna persona responsabilidad penal (detención ilegal, coacciones...) o administrativa<sup>21</sup>.

## K.- DEFICIENCIAS MÁS FRECUENTES

A.- VISITA TARDÍA DE LA COMISIÓN JUDICIAL que en bastantes ocasiones no llega a producirse porque el enferma ya ha sido dado de alta.

B.- AUSENCIA DEL PRECEPTIVO INFORME DEL M. FISCAL previsto en el art. 1.815 de la L.E.C. Muchos juzgados suelen conformarse con la comunicación a efectos del art. 203 del C.C.

C.- RESOLUCIÓN TARDÍA.

## 4.- INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO ORDINARIO

### A.- DESCRIPCIÓN.

No está presidido por la urgencia lo que permite esperar a que existe pronunciamiento judicial previo.

Suele darse respecto de personas cuyo padecimiento mental se caracteriza por la estabilidad o al menos, por la ausencia de brotes repentinos, lo que facilita la programación del ingreso.

Aunque el art. 211 del C.C. se refiere a él en primer lugar no constituye el supuesto más frecuente.

### B.- ORDEN LÓGICO DE INTERVENCIÓN.

a) LA INICIATIVA suele partir de la familia o guardadores de hecho a través de un escrito dirigido al Juez de 1ª Instancia.

b) EL JUZGADO tramita la solicitud como expediente de jurisdicción voluntaria y se dispone a cumplir las previsiones de los arts. 1.811 y ss de la L.E.C. en relación con el art. 211 del C.C., sin perjuicio de cuantas diligencias estime el Juez conveniente practicar para obtener opinión fundada sobre el asunto.

Puede adoptar asimismo las medidas cautelares oportunas tendentes a la protección del patrimonio del "presunto incapaz".

Tras examinar al enfermo y previa audiencia del facultativo y del Fiscal el Juez resolverá lo procedente autorizando o rechazando la medida y se procederá a realizar las notificaciones y comunicaciones correspondientes.

---

La ley reguladora del Procedimiento de "Habeas Corpus" (L.O. 6/85) prevé en su art. 9 la responsabilidad penal en que hubieren podido incurrir los que hubieren ordenado la detención o tenido bajo custodia a la persona privada de libertad.

Es muy ilustrativa a este respecto la S.T.C 104/1.990 de 4 de junio

Sobre posibilidad de asistencia letrada, valgan las consideraciones hechas al estudiar el internamiento involuntario urgente.

La autorización se concede para una sola vez y se consume con su uso. Se ha planteado en alguna ocasión la posibilidad de autorizaciones abiertas en relación con enfermos que, debido a las especiales de la dolencia que padecen, necesitan cíclicamente ser internados.

La solución puede ser cómoda pero lleva consigo a mi juicio una relajación del control judicial incompatible con la importancia de los derechos que pueden verse afectados.

c) EN CUANTO AL TRASLADO E INGRESO DEL PACIENTE, suele presentar muchos menos problemas que el internamiento urgente por las siguientes razones:

El ingreso puede programarse y de este modo el sistema sanitario actúa coordinadamente.

De ordinario no se producen conflictos o altercados muy relevantes.

La existencia de autorización judicial previa disipa muchos recelos y allana el camino, lo cual no significa que los médicos no puedan rechazar la hospitalización pues, como tantas veces se ha dicho esta es una decisión exclusivamente médica<sup>22</sup>, (Formulario VI)

Señalar por último que la creencia tan extendida como errónea de que todo internamiento precisa de autorización judicial previa, hace que muchas personas, aun en casos urgentes, acudan al procedimiento ordinario y se pretenda obtener resolución inmediata ante lo apremiante de la situación.

En estos casos es mejor reconducir desde el principio la cuestión hacia los mecanismos del internamiento urgente para así poder resolver sobre el fondo con un poco más de sosiego.

## 5.- EL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO SOBREVENIDO

Se produce cuando quien ha pedido o aceptado voluntariamente el internamiento manifiesta en un momento ulterior su voluntad de que se ponga fin al mismo.

---

<sup>22</sup>

El Defensor del Pueblo en su Informe -pag.559 y 560- plantea la posibilidad, en circunstancias excepcionales, de que el Juez pueda "ORDENAR" un internamiento. No en vano el art. 203 párrafo 2º del C.C. concede al Juez para adoptar de oficio "cuantas medidas estime necesarias para la protección del presunto incapaz"

Como es lógico, es ese momento deben persistir aún razones terapéuticas que aconsejen la hospitalización, pues de otro modo el enfermo hubiese obtenido el alta médica.

Dado que el internamiento ya se ha producido la autorización judicial ha de recabarse en forma análoga a la situación de internamiento involuntario urgente.

En el fondo el problema estriba en determinar si el enfermo está en condiciones de decidir válidamente, pues en este caso bastaría con atender a lo dispuesto en la Ley General de Sanidad según la cual toda persona con capacidad de decidir puede solicitar el alta voluntaria (art. 10.9) firmando el oportuno documentos (art. 11.4).

## 6.- EL INTERNAMIENTO DE MENORES Y PERSONAS SOMETIDAS A PROCEDIMIENTO DE INCAPACITACIÓN O YA JUDICIALMENTE INCAPACITADAS

Los menores y las personas judicialmente incapacitadas ostentan en principio una "presunción de incapacidad" que es genérica para los primeros con base en las disposiciones legales y particular para las segundas, en base al contenido inhabilitante de cada sentencia concreta (Art. 210 del C.C.).

Los primeros están sometidos a la patria potestad ordinaria o a tutela y las segundas a la patria potestad prorrogada o rehabilitada de sus padres, tutela o curatela con facultades/deberes derivados de cada sentencia de incapacitación.

La nueva redacción dada al Art. 211 del C.Civil hace ya referencia explícita a los "menores" aclarando que el internamiento de los mismos, aunque estén sometidos a la patria potestad, requerirá autorización judicial y que aquél se realizará en todo caso *"en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad previo informe de los servicios de asistencia al menor"*

En lo que atañe a las personas sometidas a procedimiento de incapacitación o ya judicialmente incapacitadas, decir que la competencia en relación con el internamiento o sus incidencias viene atribuida directamente al Juez que está tramitando el procedimiento civil (art. 55 de L.E.C.) o que ha dictado la sentencia<sup>23</sup>.

---

23

La Ley no atribuye la competencia a un Juez determinado y el art. 63.1 de la L.E.C. apunta al del "domicilio del demandado" de modo que allí donde existen varios Juzgados de 1ª Instancia el asunto iría a reparto ordinario.

En mi opinión tras la reforma de la tutela e instalación del sistema llamado "de autoridad", la única solución coherente con la finalidad de la reforma es que todas las cuestiones ulteriores que afecten al incapacitado, sean resueltas por el Juez que resolvió sobre la incapacitación, que es además quien cuenta con el procedimiento y antecedentes que permitan obtener un conocimiento cabal del asunto.

"De lege ferenda" se impone una revisión de esta cuestión.



El art. 209 del C.C. establece que "el Juez en cualquier estado del procedimiento, podrá, a instancia de parte o de oficio, adoptar las medidas que estime necesarias para la adecuada protección del presunto incapaz o de su patrimonio".

Dentro de estas medidas se encuentra la de internamiento en los términos que contempla el art. 211 del C.C.

Pero ¿qué ocurre cuando la iniciativa parte del propio Juez?. Tal situación rompe los esquemas del art. 211 C.C. pues éste no pretende otra cosa que asegurar el conocimiento y control judicial cuando la iniciativa proviene de un tercero.

La cuestión es muy delicada pero baste recordar que el informe del defensor judicial sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España plantea la posibilidad de que el Juez decreta u ordene (no se trata de autorizar) un internamiento de acuerdo con la función protectora que le atribuye el art. 203.2º (adoptará de oficio las medidas necesarias) y el art. 209 del C.C. (podrá adoptar las medidas necesarias para la adecuada protección del presunto incapaz).

En tales casos no parece defendible que los médicos puedan rechazar de plano el ingreso, sin perjuicio de que todo lo relativo al tratamiento duración y alta, siga siendo de su exclusiva incumbencia.

Para el internamiento de personas (mayores o menores) sometidas a tutela sí está expresamente prevista la necesidad de autorización judicial previa (art. 271.1º del C.C.).

Se plantea si en estos casos ha de estarse a lo dispuesto en el art. 211 del C.C. o si por el contrario rige la previsión genérica del art. 273 del C.C. "antes de autorizar cualquiera de los actos comprendido en los artículos precedentes, el Juez oír al M. Fiscal y al tutelado si fuese mayor de 12 años o lo considera oportuno y recabará los informes que le sean solicitados o estime pertinentes".

Rodrigo Bercovitz entiende que no existe razón para excluir a los incapacitados del art. 211 del C.C. por tratarse de un precepto específico y de más amplio contenido.

La revisión del internamiento habrá de realizarse en cualquier caso con una periodicidad máxima de seis meses dado que el párrafo tercero del art. 211 del C.C. establece que "Sin perjuicio de lo establecido en el art. 269.4 (que establece la obligación del tutor de informar obligar anualmente al Juez sobre la situación del tutelado) el Juez de oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente, y, en todo caso, cada seis meses en igual forma a la prevista en el párrafo anterior y acordará lo precedente sobre la continuación o no del internamiento".

Señalar por último que la exigencia de la garantía judicial se extiende y aplica a todo tipo de internamientos cualquiera que sea su duración, incluso a aquellos de carácter intermitente como ocurre cuando se produce el retorno al hogar familiar los fines de semana, sistema muy común en persona afectadas por minusvalías o deficiencias psíquicas pues, como afirma la Consulta 2/1993 de 15 de Octubre de la Fiscalía General del Estado ( "De nuevo sobre el Art. 211 del Código Civil" ), "El único modo de que un internamiento forzoso, excepción del derecho a la libertad reconocida en el Art. 5.i,e) del Convenio Europeo de Derechos Humanos, se acomode al ordenamiento jurídico interno (Art. 211 C.C.) consistirá en exigir expresa autorización judicial.

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Constitucional 104/1990 de 4 de Junio, proclama que “La regularidad de esos internamientos depende de la existencia de una decisión judicial que lo autoriza pues es claro que sin ella podríamos hallarnos ante internamientos indebidos, irregulares o ilegítimos”.

## 7.- ACTUACIONES E INCIDENCIAS POSTERIORES AL INTERNAMIENTO

### **A.- INICIATIVAS EN TORNO A UNA POSIBLE INCAPACITACIÓN JUDICIAL**

Enfermedad mental no es sinónimo de incapacidad. El círculo de la primera tiene un radio más amplio que el de la segunda (art. 200 del C.C.) de modo que muchas personas que sufren padecimientos mentales y han sido internadas no son candidatas a una incapacidad judicial y el Fiscal debe estar vigilante para que no prosperen demandas sin suficiente fundamento<sup>24</sup>.

Desde luego la legitimación primera corresponde a los familiares cercanos (art. 202 del C.C.) quienes generalmente no son conscientes de ello.

Entiendo que el Fiscal, antes de nada, ha de dirigirse a la familia, allegados, guardadores de hecho para explicarles la situación. Ello puede hacerse mediante carta (formulario VII) o concertando una entrevista que, en todo caso, suele terminar produciéndose.

Cuando se trata de enfermos que no cuentan con familiares o éstos no están dispuestos a tomar iniciativa alguna ha de plantearse su ejercicio el M. Fiscal. (art. 203 del C.C.) lo que exigirá recabar una mínima información previa sobre la influencia de la enfermedad en la capacidad de gobierno de la persona (es fundamental en este sentido el informe clínico emitido por el centro de internamiento) y sobre la necesidad de adoptar con urgencia alguna medida de protección patrimonial (inmovilización de cuentas bancarias, habilitaciones diversas, nombramiento de un administrador - medida que contempla expresamente el art. 299 bis del C.C. - etc...)

---

<sup>24</sup>

Algunas Administraciones condicionan el pago de determinadas prestaciones económicas por enfermedad mental a la constitución forma de la tutela o institución de guarda correspondiente, lo que exige la previa incapacidad judicial.

Como los criterios entre la Admon. otorgante y el ámbito judicial no son los mismos y éstos más restrictivos, ocurre que algunas personas beneficiarias, tienen vedado el acceso a la prestación económica por no concurrir causa suficiente de incapacidad judicial, a veces ni en su modalidad menos inhabilitante (curatela).

En mi opinión la Admon. que tenga noticias, en el ejercicio de sus competencias, de la existencia de una persona en quien hipotéticamente concurra una causa de incapacidad cumplirá con poner en conocimiento del M. Fiscal tal situación (art. 203 del C.C.) sin que se deba hacer depender la efectividad de la prestación económica de la existencia de sentencia de incapacidad.

## **B.- LA REVISIÓN DEL INTERNAMIENTO.**

La mayoría no duran más allá de unos pocos días y son pocos los que superan los seis meses.

Ya se ha adelantado que este límite se entiende válido tanto en caso de enfermos incapacitados como no incapacitados.

Tengo la convicción de que el control de la prolongación del internamiento es más relevante aun que la del ingreso mismo. En general, tras la autorización o convalidación de la medida se produce una relajación en el seguimiento.

Dentro de los seis meses la Ley faculta al Juez, cuando lo crea pertinente para recabar información sobre la necesidad de proseguir el internamiento.

Cada seis meses la facultad se torna en obligación y en cuanto al modo de hacerlo se produce una remisión a lo dispuesto en el párrafo 2º del art. 211 del C.C. esto es, examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo.

El examen personal se plantea en muchas ocasiones muy problemático porque el centro puede encontrarse a muchos kilómetros de la sede judicial. Cuando el establecimiento se encuentra dentro de la ciudad y se han atribuido todas las competencias a un solo Juzgado de 1ª Instancia, se facilita extraordinariamente el seguimiento. El Juez en sus visitas ordinarias a los centros para realizar el examen personal de los enfermos internados urgente e involuntariamente, puede recibir información de primera mano respecto de aquellos otros enfermos que prolongan su estancia en dichos establecimientos.

Con toda esa información el Juez "acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento"<sup>25</sup>.

## **C.- EL TRASLADO DE UN CENTRO A OTRO.**

Requiere a mi juicio autorización judicial previa salvo que tal contingencia ya fuera tenida en cuenta al otorgar la autorización por tener la estancia en el primer centro carácter meramente provisional.

La escasez de centros adecuados es aún tan grande que no hay muchas posibilidades de elección, pero en lo posible se debe procurar que el enfermo no sea trasladado a lugares alejados de su entorno o de su familia. No se puede olvidar que con el consentimiento de los médicos el enfermo puede recibir visitas, realizar salidas terapéuticas y disfrutar de permisos o incluso de vacaciones.

---

25

M. Martín Granizo sostiene que, en contra de lo que es una práctica habitual y de lo que decidió en su día la Comisión de Legislación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la redacción del art. 211.3º del C.C. atribuya claramente al Juez la decisión sobre la continuación o no del internamiento, de modo que el alta médica no puede concederse sin previa autorización judicial salvo que se quiera defender la inobservancia de un claro mandato legal - "La incapacitación y figuras afines" pags. 134 y 135.

En mi opinión el párrafo tercero del art. 211 del C.C. ha de interpretarse en el sentido de que la decisión judicial de poner fin al internamiento prima sobre cualquier consideración clínica y el enfermo ha de ser reintegrado a la libertad mientras que si el Juez entiende que procede su prolongación podrá ser dado de alta posteriormente en base a criterios clínicos con la correspondiente comunicación al Juzgado.

#### **D.- LAS FUGAS DE LOS INTERNOS.**

Ocurre a veces que los internos que los internos se marchan por su propia y exclusiva iniciativa cuando precisan aún de hospitalización.

En estos casos el Centro debe ponerlo inmediatamente en conocimiento del Juez (formulario VIII), de la familia, de las Fuerzas de Seguridad y del Equipo de Salud Mental correspondiente al distrito del enfermo.

Desde el punto de vista jurídico entiendo que de ser localizado no sería necesario obtener nueva autorización para el reingreso puesto que esta actuación se encontraría amparada por la primera resolución y vendría a ser como un incidente dentro del internamiento. Ahora bien si la localización se demora o se aprecia alteración notable de las circunstancias debería recabarse nueva autorización judicial.

<b>CONCLUSIONES - SOLUCIONES.</b>
-----------------------------------

La reforma de la atención psiquiátrica derivada de las directrices de la Ley General de Sanidad de 1.986 ha supuesto una clara dignificación del enfermo mental y un factor esencial para que estas personas puedan equipararse en el disfrute de los derechos fundamentales a cualquier otro ciudadano; igualdad, integración y ordinario ejercicio de derechos vendría a ser la finalidad / consecuencia de una reforma que apuesta abiertamente por el tratamiento en libertad y que contempla el internamiento hospitalario como una posibilidad excepcional no deseada.

Ello es por tanto, motivo de satisfacción más si cabe para el M. Fiscal que tiene entre sus fines más queridos la promoción de condiciones para que los derechos fundamentales de la persona se desarrollen y alcancen plenitud; pero ello no debe hacernos perder de vista que algunos aspectos de la reforma están aún por desarrollar y que en lo relativo a los internamientos se detectan deficiencias notables de aplicación.

Ya se ha puesto de relieve que las dificultades provienen fundamentalmente de la implicación en el tema de una pluralidad de instancias y profesionales cada cual con su peculiar organización y fines.

Se impone un esfuerzo sostenido de **COMUNICACIÓN - CONOCIMIENTO RECÍPROCO Y COORDINACIÓN**<sup>26</sup> de otro modo cosecharemos

---

<sup>26</sup>

En estos últimos años han proliferado las reuniones y contactos entre miembros del ámbito judicial y salud mental. Se han celebrado múltiples congresos y jornadas a nivel autonómico e incluso provincial. Así por ejemplo los días 29 y 30 de junio y 1 de julio de 1.993 se celebraron en Córdoba unas "mesas informativas" con asistencia de representantes de las distintas instancias afectadas por el problema de los internamientos. (Magistrados, Jueces, Fiscales, Médicos Forenses. Coordinadores de los distintos dispositivos de Salud Mental, Asesor Jurídico del Servicio Andaluz de Salud y los Jefes de las Fuerzas de Orden Público de la Ciudad - Guardia Civil, Policía Nacional,

incomprensiones, conflictos y que una parte de los internamientos, normalmente los más complicados y necesarios, no lleguen a materializarse con las penosas consecuencias de todo orden que ello trae consigo.

A partir del conocimiento mutuo tanto en lo relativo a la organización (Justicia - sistema sanitario, Fuerzas de Seguridad, Asociaciones de Afectados, etc) como a los fines (tutela de pretensiones legítimas - protección de los derechos fundamentales - salud de la persona - calidad de vida - seguridad y orden público - etc), podremos hacer que funcione normalmente lo elemental para, en un segundo momento abordar la elaboración de eso que ha dado en llamarse "el estatuto del enfermo mental" de más amplio contenido.

El art. 211 del C.C. es sin duda insuficiente y necesita ser desarrollado pero, antes de abordar cuestiones de mayor calado, se impone la consecución de una aplicación normalizada de lo ya legislado. Quedan pendientes cuestiones como la articulación de mecanismos de sustitución de la voluntad del enfermo frente a la aplicación del tratamiento o hasta qué punto la autoridad judicial puede controlar el tratamiento mismo.

Estoy persuadido de que las soluciones que se adopten tanto en lo sencillo como en lo complejo serán muy endebles si no tienen en cuenta el punto de vista de todos.

---

Policía Local-) La experiencia resultó muy positiva; no obstante no ha servido para resolver completamente el problema, debido en buena parte a la constante renovación del personal implicado (traslados, contratos a tiempo parcial, interinidades, sustituciones, vacaciones, etc.)

ANEXO
-------

\* LEGISLACIÓN

\* JURISPRUDENCIA

\* DOCTRINA DE LA FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO

\* ESTUDIOS

## LEGISLACIÓN

Constitución Española de 1.978,

Convenio Europeo para la protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales, Roma, 1.950 - París 1.963 y 1.966 (B.O.E. nº 243 de 10 de octubre de 1.979)

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos - Nueva York 1.966 (B.O.E. nº 103 de 30 de abril de 1.977)

Código Civil

Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1.986, B.O.E nº 101 y 102 de 28 y 29 de abril de 1.986.

Ley Orgánica de Medidas Especiales en Materia de Salud de 14 de abril de 1.986 (B.O.E. 101 y 102 de 28 y 29 de abril de 1.986)

Ley Orgánica de "Habeas Corpus" de 24 de mayo de 1.964 (B.O.E. nº 126 de 26 de mayo de 1.964).

## JURISPRUDENCIA

Caso Winterwerp S. 24 de octubre de 1.979 (B.J.C. 1.982)

Caso X contra Reino Unido, S de 5 de noviembre de 1.981 (B.J.C. 1.983)

Caso Luberti, S. 23 de febrero de 1.984 (B.J.C. 1.985)

Caso Ashingdane, S. 28 de mayo de 1.985 (B.J.C. de 1.986)

Caso Nielsen, S 28 de noviembre de 1.988, (B.J.C. de 1.990)

Caso Van der Leer, S. 21 de febrero de 1.990

S.T.C. 112 /88 de 8 de junio. B.O.E. nº 152 de 25 de junio

S.T.C. 104 / 90 de 4 junio, B.O.E. nº 160 de 5 de julio

## DOCTRINA DE LA FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

Circular nº 2 / 1.984 de 8 de junio: en torno al art. 211 del C.C.- El internamiento de los incapaces presuntos.

Instrucción nº 6 /1.987 de 23 de noviembre sobre control por el M. Fiscal de los internamientos psiquiátricos.

Consulta nº 2 / 1.993 de 15 de octubre - "De nuevo sobre el art. 211 del C.C."

## **INFORMES**

Informe del Comité de Estudio y Recomendaciones aprobadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la problemática jurídico -asistencial del enfermo mental (Pleno del día 13 de julio de 1.988)

Informe y recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Año 1.991.