



FACULTAD DE DERECHO

**ASPECTOS CONSTITUCIONALES DEL  
INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO URGENTE  
DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS Y  
ALTERNATIVAS: EL TRATAMIENTO  
AMBULATORIO**

Autor: Miriam Gómez Preciado

5º de E-5

Área de Derecho Constitucional

Tutor: Dr. Federico de Montalvo Jääskeläinen

Madrid

Abril de 2019

## **RESUMEN.**

Este trabajo tiene por objeto el estudio del régimen jurídico aplicable a los pacientes psiquiátricos en España, centrándose en particular en el procedimiento de internamiento y en las posibilidades para la incorporación al ordenamiento jurídico de tratamientos menos lesivos para los derechos del enfermo. Con este fin, el estudio comienza mostrando el panorama regulatorio relativo al internamiento involuntario, para, a continuación, efectuar un análisis sobre su problemática jurídica. Posteriormente, se efectúa una propuesta de política legislativa al respecto, dedicando el último apartado a la exposición del novedoso tratamiento ambulatorio involuntario (TAI). El trabajo finaliza con las conclusiones obtenidas a lo largo del análisis.

## **PALABRAS CLAVE.**

Paciente psiquiátrico, tratamiento ambulatorio involuntario, TAI, internamiento involuntario urgente, discapacidad, Convenio de Oviedo.

## **ABSTRACT.**

The purpose of this work is to study the legal regime applicable to psychiatric patients in Spain, focusing in particular on the confinement procedure and the possibilities for the incorporation into the legal system of treatments less harmful to the rights of the patient. To this end, the study begins by showing the regulatory framework relating to involuntary confinement, followed by an analysis of its legal problems. Subsequently, a legislative policy proposal is made in this respect, dedicating the last section to the exposition of the novel involuntary ambulatory treatment. The work finalizes with the conclusions obtained throughout the analysis.

## **KEY WORDS.**

Psychiatric patient, involuntary outpatient treatment, urgent involuntary confinement, disability, Oviedo Convention.

## CONTENIDO.

|  |           |
|--|-----------|
| RESUMEN. ....  | 1         |
| PALABRAS CLAVE.....  | 1         |
| ABSTRACT. ....   | 1         |
| KEY WORDS.....   | 1         |
| CONTENIDO. ....  | 2         |
| ÍNDICE DE SIGLAS. ....   | 4         |
| <b>1. INTRODUCCIÓN.</b> .....  | <b>5</b>  |
| 1.1 Justificación. ....  | 5         |
| 1.2. Objetivos.....  | 5         |
| 1.3. Metodología del estudio. ....   | 6         |
| 1.4. Estructura.....   | 6         |
| <b>2. ANÁLISIS MÉDICO-HISTÓRICO DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>3. RÉGIMEN JURÍDICO DEL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO URGENTE.</b> .....   | <b>13</b> |
| 3.1. Evolución histórica del internamiento. ....   | 13        |
| 3.2. Marco regulatorio actual.....   | 19        |
| 3.2.1. <i>Normas de derecho internacional.</i> .....   | 19        |
| 3.2.2. <i>Normas europeas.</i> .....   | 21        |
| 3.2.3. <i>Normas de derecho interno.</i> .....   | 22        |
| 3.3. El procedimiento de internamiento involuntario de pacientes psiquiátricos:<br>artículo 763 LEC. ....                                | 25        |
| 3.4. Procedimiento de internamiento involuntario urgente: problemática jurídica. ...   | 26        |
| 3.4.1. <i>Problemática relativa a la posible colisión de preceptos internacionales.</i> .  | 27        |
| 3.4.2. <i>Problemática relativa al carácter de la ley que regula el procedimiento.</i> ..  | 35        |
| 3.4.3. <i>Incumplimiento en la práctica de las garantías constitucionales establecidas<br/>        en la regulación existente.</i> ..... | 36        |
| <b>4. PROPUESTA DE POLÍTICA LEGISLATIVA RELATIVA AL INTERNAMIENTO<br/>INVOLUNTARIO URGENTE.</b> .....                                    | <b>39</b> |
| <b>5. EL TRATAMIENTO INVOLUNTARIO AMBULATORIO COMO ALTERNATIVA AL<br/>INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO.</b> .....                              | <b>42</b> |
| 5.1 Concepto de tratamiento ambulatorio involuntario de pacientes psiquiátricos. ...   | 42        |
| 5.2. Regulación del TAI en España. ....  | 43        |
| 5.3. ¿Es el TAI una medida apropiada para pacientes psiquiátricos? .....   | 44        |
| 5.4 Supuestos en los que resulta pertinente la aplicación del TAI. ....  | 46        |
| 5.4.1 <i>Requisitos relativos a la situación del paciente.</i> .....   | 46        |
| 5.4.2. <i>Características de los pacientes a los que se ha de aplicar la medida.</i> .....   | 47        |

|  |           |
|--|-----------|
| 5.5. El tratamiento involuntario ambulatorio como medida menos lesiva de los derechos que el internamiento. ....     | 47        |
| 5.6. Procedencia de incorporar la figura del tratamiento involuntario ambulatorio a la propuesta de regulación ..... | 49        |
| <b>6. CONCLUSIONES.</b> .....  | <b>51</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA.</b> .....   | <b>53</b> |

## ÍNDICE DE SIGLAS.

|        |   |
|--------|---|
| CC     | Código Civil  |
| CE     | Constitución Española   |
| CEDH   | Convenio Europeo de Derechos Humanos  |
| CEDHyB | Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina                   |
| CEIFEM | Centro Español de Información y Formación sobre la Enfermedad Mental        |
| CERMI  | Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad               |
| CoDPD  | Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad              |
| ENNHRI | <i>European Network of National Rights Institutions</i>                     |
| FEAFES | Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos<br>Mentales |
| LEC    | Ley de Enjuiciamiento Civil   |
| OMS    | Organización Mundial de la Salud  |
| ONU    | Organización de las Naciones Unidas   |
| SERMAS | Servicio Madrileño de Salud   |
| TAI    | Tratamiento ambulatorio involuntario psiquiátrico                           |
| TEDH   | Tribunal Europeo de Derechos Humanos  |
| UE     | Unión Europea   |

## **1. INTRODUCCIÓN.**

### **1.1 Justificación.**

El internamiento involuntario urgente de pacientes psiquiátricos hace referencia a una medida terapéutica prescrita por el facultativo consistente en el internamiento del enfermo en aquellos supuestos en los que no tiene la capacidad de decidirlo por sí mismo. Dicha medida implica, por tanto, una privación del derecho a la libertad sin su consentimiento, incidiendo en uno de los Derechos Fundamentales recogidos en el Título Primero de la Constitución. Puesto que se trata de una medida que incide directamente en los Derechos Fundamentales del individuo, se hace preciso realizar un análisis de la regulación del procedimiento de internamiento existente en el ordenamiento jurídico español para analizar su adecuación a las garantías que a este respecto exige la Constitución.

Por otro lado, resulta preciso valorar la pertinencia de la aplicación de otras medidas que resulten menos lesivas para los derechos del paciente psiquiátrico, concretamente el Tratamiento Ambulatorio Involuntario.

Y es que en los últimos años, se ha producido un cambio de paradigma en el ámbito médico psiquiátrico, consistente en la evolución hacia tratamientos curativos que permitan la recuperación del paciente psiquiátrico sin privarle de la posibilidad de mantener una vida en sociedad. Así pues, resulta preciso acomodar el régimen jurídico vigente a estas nuevas alternativas, con la finalidad de dotar a los profesionales sanitarios con los instrumentos necesarios para proporcionar al enfermo el tratamiento resulte lo menos invasivo posible respecto a sus Derechos Fundamentales.

### **1.2. Objetivos.**

El objetivo genérico del trabajo es la valoración de la regulación actual del procedimiento de internamiento involuntario de pacientes psiquiátricos, así como su adecuación a las exigencias establecidas en la Constitución.

Para realizar dicha valoración deviene necesario centrarse en:

- (I) Analizar la evolución histórica de la figura del internamiento.
- (II) Estudiar su regulación a nivel internacional, comunitario y nacional.
- (III) Destacar los principales problemas existentes en la regulación actual.

- (IV) Elaborar una propuesta que trate de solventar la problemática de la regulación.
- (V) Valorar alternativas al internamiento involuntario como es en este caso el tratamiento ambulatorio involuntario.

### **1.3. Metodología del estudio.**

Para la realización de una valoración exhaustiva relativa a la figura del internamiento involuntario, se ha examinado la regulación tanto nacional como internacional existente sobre ella. Del mismo modo, se han analizado los principales pronunciamientos de los tribunales tanto nacionales como internacionales encargados de garantizar su cumplimiento.

Por otro lado, se han considerado los posicionamientos de expertos académicos en el sector del derecho sanitario, tanto para la realización de una propuesta de política legislativa relativa al procedimiento de internamiento, como para el estudio de la posibilidad de aplicar medidas alternativas al internamiento como el Tratamiento Ambulatorio Involuntario.

### **1.4. Estructura.**

El trabajo se divide en los siguientes cinco capítulos.

#### **Capítulo 1.**

Introducción.

#### **Capítulo 2.**

Se analiza la evolución de la concepción del paciente psiquiátrico, así como de las formas de tratamiento de las enfermedades mentales. Por otro lado, se detallan los recursos asistenciales existentes en la actualidad para el tratamiento de dichos pacientes.

#### **Capítulo 3.**

Este capítulo comienza realizando una evolución histórica de la figura del internamiento. Posteriormente, se analiza la regulación tanto nacional como internacional de aplicación así como el precepto concreto que regula el procedimiento. Se extraen los problemas relativos a la regulación actual y se concluye el capítulo mediante la elaboración de una propuesta legislativa que trata de dar solución a los problemas.

#### **Capítulo 4.**

Se realiza un estudio del Tratamiento Ambulatorio Involuntario como medida alternativa al Internamiento. Posteriormente, se valora la inclusión de un precepto que regule la medida a la propuesta de política legislativa realizada.

#### **Capítulo 5.**

Finalmente, se desarrollan las conclusiones extraídas del estudio realizado y se argumenta conveniencia de implementar la propuesta de regulación efectuada.



## 2. ANÁLISIS MÉDICO-HISTÓRICO DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO.

Lo que hoy en día se conoce como enfermedad mental o trastorno psíquico hace referencia a *“una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo”*<sup>1</sup>.

El trastorno psíquico es, por tanto, un tipo de enfermedad que impide al individuo gozar del *“completo bienestar físico, mental y social”*<sup>2</sup> al que hace alusión la Organización Mundial de la Salud (OMS) al delimitar el concepto de salud en el individuo.

De este modo, la enfermedad mental es concebida en la actualidad como una categoría dentro de las distintas enfermedades existentes, categoría dentro de la cual se encontraban en 2015 aproximadamente una de cada diez personas en el mundo según datos revelados por la OMS<sup>3</sup> y en 2018, el 21% de la población española.<sup>4</sup>

Sin embargo, esta concepción de la enfermedad mental como cualquier otra enfermedad susceptible de ser tratada mediante el empleo de las técnicas terapéuticas correspondientes, es fruto de la aparición de la psiquiatría moderna en el siglo XIX<sup>5</sup>. No fue hasta este momento cuando se desarrolló el diagnóstico psiquiátrico, permitiendo desplazar el concepto del denominado “loco” por el de “enfermo mental” susceptible de ser sometido a tratamiento.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup>Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (AVIFES): Enfermedad mental. Obtenido el 8 de febrero de 2019 de <https://avifes.org/enfermedad-mental/>

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: salud mental. Obtenido el 8 de febrero de 2019 de [https://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](https://www.who.int/topics/mental_health/es/)

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud (2015). A nivel mundial, el personal sanitario y los fondos destinados a la salud mental siguen siendo escasos. Nota para los medios de información: Ginebra. Obtenido el 8 de febrero de 2019 de <https://www.who.int/es/news-room/detail/14-07-2015-global-health-workforce-finances-remain-low-for-mental-health>

<sup>4</sup> Statista: el portal de estadísticas. Salud e industria farmacéutica: estado de salud. Porcentaje de población diagnosticada con enfermedades mentales en España en 2018, por grupos de edad. Obtenido el 8 de febrero de 2019 de <https://es.statista.com/estadisticas/577757/prevalencia-de-las-enfermedades-mentales-en-espana-por-grupos-de-edad/>

<sup>5</sup> Plumed Domingo, J. (2005). La clasificación de la locura en la psiquiatría española del siglo XIX. *Asclepio* vol. 57, 223-253.

<sup>6</sup> Duro, E. G. (2002). Concepto actual de locura y las nuevas formas de tratamiento. *Norte de Salud Mental* nº15, 13

Y es que pueden observarse tres etapas diferenciadas a lo largo de la historia, relativas a la concepción que se ha tenido sobre el enfermo mental.

Tradicionalmente se venía empleando el concepto de “loco” para hacer alusión a un sujeto de extrema peligrosidad que había de ser duramente castigado y que en ningún caso podía tener cabida en la sociedad<sup>7</sup>. Es en este contexto de desprecio a los denominados “locos” cuando en 1409 se crea el primer manicomio del mundo: el Hospital de Nuestra Señora de los Inocentes en Valencia. Se trata de una unidad psiquiátrica creada con la finalidad no de someter a los locos a tratamiento sino de aislarlos para protegerlos de las atrocidades a las que se encontraban sometidos debido a su estado mental<sup>8</sup>. En este primer periodo, por tanto, no se concebía a estos sujetos como enfermos, sino como personas a las que había que apartar de la sociedad por no poder adaptarse a ella. En cuanto al propósito del aislamiento de estos individuos su finalidad era doble: protegerlos de los castigos a los que podían quedar sometidos en el caso de habitar en sociedad e impedir que su peligrosidad pudiera traducirse en la alteración de la seguridad del resto de los ciudadanos.

Posteriormente, las aportaciones realizadas durante la segunda mitad del siglo XIX y primera mitad del siglo XX por destacados filósofos como Freud, dieron lugar al cambio a una segunda etapa relativa a la concepción y tratamiento de estos sujetos: la era de la psiquiatría moderna.<sup>9</sup> Y es que sus reflexiones filosóficas extrajeron como conclusión que la locura se traducía en distintos tipos de enfermedades susceptibles de ser sometidas a tratamiento terapéutico.<sup>10</sup> El concepto de “loco” fue, de este modo, desplazado por el de “enfermo mental”, enfermo susceptible de ser tratado. La administración de dichos tratamientos se realizaba en centros psiquiátricos curativos donde los pacientes ingresaban para su sanación<sup>11</sup>. En esta segunda etapa la concepción que se tenía de estos sujetos era la concepción de una persona no loca sino enferma, y la finalidad de su internamiento era una finalidad curativa, no de aislamiento.

---

<sup>7</sup> Urbaneja, F. S. (1995). El Ingreso Psiquiátrico: problemas que plantea el ingreso involuntario. Estudios del Ministerio Fiscal III, Ministerio de Justicia.

<sup>8</sup> Delgado Bueno, S., Rodríguez Pulido, F., González de Rivera, J.L., Aspectos médico-legales de los internamientos psiquiátricos, Delgado Bueno, S., Rodríguez Pulido, F., González de Rivera, J.L., Psiquiatría Legal y Forense, Colex, Madrid, 1994, p.3.

<sup>9</sup> Flores, L. F. (2003). Uso de medios coercitivos de Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. Área de Derecho Administrativo de la Universidad de Alicante, 142.

<sup>10</sup> Lugon, M. C. (2006). Lo Saludable: Una Propuesta para la Comprensión. Lima: Pontificia Universidad Católica Del Perú.

<sup>11</sup> Szasz, T., El mito de la enfermedad mental, Amorrortu, Buenos Aires, 1994, p.6

No obstante, en la década de 1960, una tercera etapa estaba por llegar, la etapa de la desinstitucionalización, en la que se produjo un cambio de paradigma de internamiento psiquiátrico a un modelo abierto basado en centros de salud mental. Y es que durante esta etapa, comenzó a generalizarse el pensamiento de que mantener a los enfermos mentales en instituciones cerradas aislados completamente de la sociedad, aun cuando el aislamiento se fundaba en motivos terapéuticos, implicaba la creación de un estigma con respecto al enfermo mental.<sup>12</sup> De este modo, comenzaron a desaparecer en Europa y Estados Unidos los denominados “manicomios” para sustituirse por centros extrahospitalarios a los que los enfermos acudían con mayor o menor periodicidad en función de las características de su enfermedad y recibían los tratamientos y terapias de rehabilitación pertinentes<sup>13</sup>. Tal y como observamos, no cambia en esta etapa el concepto de “enfermo mental” con respecto a la anterior, sino que la modificación se produce en el método empleado para la administración del tratamiento terapéutico procedente a los enfermos. Así pues, en esta tercera etapa, se opta por una medida ambulatoria de tratamiento en detrimento del internamiento continuado. La concepción que esta tercera fase adopta en relación con el enfermo mental y su método de tratamiento se ve reflejada en la actualidad. Es preciso, a este respecto, proceder a realizar un análisis relativo los distintos recursos asistenciales para enfermos existentes en España en la actualidad con el fin de determinar los distintos métodos de tratamiento que se utilizan.

Los sistemas sanitarios y sociales de las distintas Comunidades Autónomas cuentan con servicios específicos de Salud Mental. *“En estos servicios se encuentran integrados, entre otros, Médicos Especialistas en Psiquiatría, Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica, Enfermeras, Trabajadoras Sociales y Terapeutas Ocupacionales, diferenciando la atención a niños y adolescentes y a adultos mayores de 18 años”*<sup>14</sup>. Dentro de estos recursos específicos en salud mental, pueden distinguirse tanto recursos sanitarios como sociales.

Los distintos servicios sociales componen la Red de Atención Social. Dicha Red integra una serie de dispositivos cuya finalidad no es terapéutica, sino de tratamiento

---

<sup>12</sup> Blanco, M. I. (2017). Internamiento no voluntario del paciente psiquiátrico: normas legales y aspectos críticos. Semergen: Sociedad española de Médicos de Atención Primaria, p. 125.

<sup>13</sup> Franco Roteili, O. d. (1987). Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los «países avanzados»). Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 167,176.

<sup>14</sup> Comunidad Autónoma de Madrid. Servicios de Información. Obtenido el 12 de febrero de 2019 de Salud, Salud Mental: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/salud-mental>

social. *“En ella, se desarrollan en régimen de atención diurna o residencial, programas y actividades para atender las distintas necesidades sociales de estas personas, apoyando la mejora de su autonomía y calidad de vida, potenciando la integración social y ofreciendo apoyo a las familias”*<sup>15</sup>.

En cuanto a los servicios sanitarios que disponen las distintas Comunidades Autónomas para otorgar un tratamiento terapéutico adecuado a los pacientes psiquiátricos, podemos distinguir las siguientes categorías<sup>16</sup>:

- Hospitales psiquiátricos de intermedia y larga estancia o unidades psiquiátricas integradas en un Hospital General encargadas de la hospitalización psiquiátrica de estancia breve. Se trata de una red hospitalaria que se encarga del tratamiento de aquellos pacientes psiquiátricos que precisan de internamiento. El tipo de centro dentro de esta categoría en el que se encuentre internado el paciente dependerá del tiempo de internamiento que precise.
- Hospitales de día, Centros de Salud Mental o Servicios de Atención a Domicilio. Se trata de un conjunto de dispositivos especializados que prestan servicios de asistencia sanitaria ambulatoria para aquellos pacientes que no precisan internamiento.

Tal y como se observa, España cuenta en la actualidad con distintas modalidades de tratamiento del paciente psiquiátrico, modalidades que no siempre implican el internamiento del paciente, sino que posibilitan el seguimiento de un tratamiento en régimen ambulatorio a aquellos pacientes que no precisan hospitalización continuada. De entre las modalidades de tratamiento, es aquella que se administra en régimen ambulatorio la que está adquiriendo en la actualidad un mayor peso. Y es que las demandas de la población han provocado una inversión por parte de los organismos públicos en el desarrollo de los dispositivos que posibilitan su aplicación.

Prueba clara de esta demanda social es, entre otras, la acción de petición ejercitada por la Comisión de Discapacidad y Dependencias del Colegio de Abogados de Córdoba a la Consejería de Salud de Andalucía en 2010 en la que se suplicaba la adopción de

---

<sup>15</sup> Comunidad de Madrid. Servicios de Información. Obtenido el 12 de febrero de 2019 de Asuntos sociales. Red de Atención Social a personas con enfermedad mental.: <http://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/red-atencion-social-personas-enfermedad-mental>

<sup>16</sup> Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) Salud Madrid. Obtenido el 12 de febrero de 2019 de *Guía de Recursos de Atención a la Salud Mental*: [http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/asis/guia\\_recursos\\_act-junio-2018\\_.pdf](http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/asis/guia_recursos_act-junio-2018_.pdf)

*“iniciativas tendentes a la creación y dotación de equipos de salud mental comunitarios, con dispositivos de atención domiciliaria, tratamiento asertivo, seguimiento individualizado, etc.”<sup>17</sup>.*

---

<sup>17</sup> Cobo, F. G.-C. (2010). Guía de Atención Urgente sobre Enfermedad Mental. Córdoba: Defensor de la Ciudadanía de la provincia de Córdoba.

### **3. RÉGIMEN JURÍDICO DEL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO URGENTE.**

#### **3.1. Evolución histórica del internamiento.**

El internamiento de pacientes psiquiátricos se mantuvo huérfano de regulación en España hasta 1885, con la aprobación de dos reales decretos referidos a la limitación de la libertad ambulatoria de personas afectadas por demencia.

El “Reglamento orgánico para el régimen y gobierno interior del manicomio de Santa Isabel de Leganés” (Real Decreto de 12 de mayo de 1885) regulaba el funcionamiento interno de este establecimiento, que había sido fundado en 1851 ante la inexistencia de centros dirigidos a albergar dementes en Madrid, más allá de las desbordadas “salas de enajenados” del Hospital General de Madrid<sup>18</sup>. Se trataba de una reglamentación tuitiva de los pacientes, compeliendo a su cuidado y “*tratamiento médico moral*”, y prohibiendo tanto la realización de trabajos por parte de los enfermos, salvo si se prescribían como medio para su recuperación, como su encierro sistemático.

Asimismo, el reglamento establecía un procedimiento para la admisión de los enajenados en el centro. En su virtud, el pariente más cercano debía firmar la solicitud, previa audiencia al cónyuge y a los familiares más próximos. Además, era preceptiva la información al juez de primera instancia del domicilio del enfermo, acreditando tanto el estado de demencia como la conveniencia del internamiento<sup>19</sup>.

La Ley de Beneficencia de 1849 establecía las condiciones para la creación de centros psiquiátricos públicos de titularidad estatal. Sin embargo, debido a la insuficiencia económica del Estado durante la convulsa segunda mitad del siglo XIX, sólo se fundó el manicomio de Santa Isabel de Leganés. Así pues, existía un creciente número de enajenados que se encontraban bajo la custodia de las diputaciones provinciales o ayuntamientos, o que incluso eran cuidados por particulares. Ante esta situación, el Ministerio de la Gobernación promulgó el Real Decreto de 19 de mayo de 1885, cuya exposición de motivos resulta didáctica a los efectos de comprender el estado de la cuestión en aquel momento. En ella se reconoce el fracaso en el cumplimiento de las

---

<sup>18</sup> Villasante, O., & Candela, R. (2015). El manicomio de Leganés en los albores del siglo XX: José Salas y Vaca como jefe facultativo. En *Locuras, cultura e historia* (págs. 67-85). Tarragona: Publicacions Universitat Rovira I Virgili.

<sup>19</sup> González Morán, L. (2005). Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. En J. Martínez, SJ, *Exclusión social y discapacidad. Dilemas éticos de la deficiencia mental* (págs. 108-110). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

previsiones de la Ley de Beneficencia de 1849, ante la imposibilidad del Estado de hacerse cargo de los enajenados debido a razones presupuestarias, y se hace referencia al problema de la privación de libertad de los pacientes psiquiátricos. En este sentido, el texto afirma que se promueven “*con frecuencia litigios, y aun procedimientos criminales, por haber recluso sin razón, y con fines que atentan a la moral, a personas no declaradas judicialmente en estado de demencia*”. Así pues, pese a la falta de regulación, en 1885 el legislador ya era consciente del problema que supone la privación de libertad fundada en la presunta enajenación mental de la persona, máxime en los casos en los que no había una resolución judicial declarando la demencia.

El reglamento, pues, responde a la necesidad de establecer un procedimiento de internamiento común, aplicable a todas las diputaciones y ayuntamientos, ya que eran estos entes los custodios habituales de los enajenados. El artículo 1 del reglamento contemplaba dos modalidades de internamiento<sup>20</sup>:

**(I) De observación.**

Los presuntos alienados, según el artículo 3, sólo podían ser admitidos en observación a solicitud de su pariente más cercano. Dicha solicitud, que debía ser presentada ante la diputación o el ayuntamiento, según el centro fuera de titularidad provincial o municipal, requería de previo certificado que justificara la necesidad o conveniencia de la reclusión, expedido por dos doctores o licenciados en medicina, y visado por el subdelegado de medicina e informado por el alcalde.

El ingreso de pacientes por este procedimiento sólo tenía cabida “*en casos de verdadera y notoria urgencia*”. Si la permanencia del enajenado en su domicilio no perjudicaba su propia salud, o suponía un peligro para sus familiares o excesivas molestias para los habitantes de las viviendas contiguas, el internamiento sólo podía ser tramitado mediante el procedimiento previsto para la reclusión definitiva.

Además de urgente, esta modalidad de internamiento tenía el carácter de provisional. Así pues, el reglamento disponía que, tan pronto como se produjera el ingreso, debía incoarse por el pariente más próximo al alienado o, en su defecto, de oficio, el expediente judicial para la reclusión definitiva. A estos efectos, se otorgaba un plazo de tres meses, seis para los “*casos dudosos*”, al facultativo del manicomio para la emisión

---

<sup>20</sup> Ministerio de la Gobernación: Real Decreto de 19 de mayo de 1885. *Gaceta de Madrid*, núm. 141, de 21 de mayo de 1885.

de un certificado. Éste debía ser entregado a quien solicitó la reclusión, para que lo presentara al juzgado, que disponía del plazo de veinticuatro horas para resolver sobre el internamiento definitivo.

## **(II) De reclusión definitiva.**

La admisión definitiva del enajenado, regulada en el artículo 7 del reglamento, se articulaba mediante la instrucción de un expediente por el juez de primera instancia, en el que se debía justificar “*la enfermedad y la necesidad o conveniencia de la reclusión del alienado*”.

El requerimiento de incoación de un expediente por la familia del alienado supuso un obstáculo a la correcta aplicación del reglamento, tal y como reflejó en su exposición de motivos la Real Orden de 1 de junio de 1908, debido a las reticencias que, por diferentes motivos, tenían los familiares del demente a promover un procedimiento judicial<sup>21</sup>.

El régimen de los reales decretos de 1885 se mantuvo vigente hasta el comienzo de la II República, cuyo gobierno provisional promulgó el Decreto de 2 de julio de 1931<sup>22</sup>, que permanecería en vigor hasta 1983. Su exposición de motivos se muestra muy crítica con el régimen entonces vigente, refiriéndose a la existencia de “*trabas inútiles y vejatorias para el paciente y sus familiares*” y declarando que la actuación profesional se veía influida por “*el concepto equivocado y muy extendido sobre el carácter y funcionamiento de los manicomios, prisiones más que propias clínicas médicas*”<sup>23</sup>.

El artículo 8 del decreto establecía tres condiciones en las que podían ingresar los enfermos psíquicos en los establecimientos psiquiátricos, desarrolladas en los artículos siguientes.

### **(I) Por propia voluntad.**

En primer lugar, esta modalidad de internamiento requería, naturalmente, una declaración firmada por el paciente, indicando su voluntad de ser tratado en el centro en

---

<sup>21</sup> Barrios Flores, L. (2003). Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. *Derecho y Salud*, Vol. 11, N°2, 141-164.

<sup>22</sup> Ministerio de la Gobernación: Decreto de 3 de julio de 1931. Gaceta de Madrid, núm. 188, de 7 de julio de 1931.

<sup>23</sup> Ministerio de la Gobernación: Decreto de 3 de julio de 1931. Gaceta de Madrid, núm. 188, de 7 de julio de 1931.



cuestión. Asimismo, la norma exigía un certificado de un médico —que podía ser el propio facultativo del centro psiquiátrico—, legalizado por el subdelegado de medicina, señalando la asistencia en el establecimiento psiquiátrico.

La admisión debía ser aprobada por el director médico del establecimiento, y, si se trataba de un centro de titularidad pública, justificada mediante certificado del subdelegado de medicina.

## **(II) Por indicación médica.**

Esta modalidad sólo se admitía en el marco de un tratamiento médico, proscribiéndose expresamente su empleo como “*privación correccional de la libertad*”. Se exigía la emisión de un certificado por un médico, en el que se justificara la necesidad de internamiento y la existencia de una enfermedad, con su respectiva sintomatología. El decreto preveía al efecto la publicación de impresos normalizados. Por otra parte, resultaba preceptiva la declaración del representante legal o pariente más cercano del paciente, consintiendo su reclusión.

La admisión en el centro psiquiátrico debía fundarse en las siguientes razones:

- a) la peligrosidad del paciente por razones psíquicas,
- b) su incompatibilidad con la vida en sociedad, o
- c) las toxicomanías irreversibles susceptibles de poner en riesgo la salud de quien las padece, o la vida o patrimonio ajenos.

Una vez admitido el paciente en el establecimiento —lo cual debía tener lugar en el plazo de diez días desde la emisión del certificado médico—, el director del centro debía comunicar dicha circunstancia al gobernador de la provincia y al juez de primera instancia. A continuación, tenía lugar el reconocimiento del enfermo y subsiguiente informe por el subdelegado de medicina.

También en el ámbito del ingreso por indicación médica, el artículo 12 se refería al **proceso de internamiento de urgencia**. En estos casos se podía admitir de forma inmediata al paciente, sin necesidad de los anteriores trámites, bajo la responsabilidad del médico director del centro psiquiátrico. Éste debía notificarlo en el plazo de veinticuatro horas al gobernador de la provincia, acompañando certificado médico en el que se

justificara la urgencia. En los tres días posteriores al ingreso debían completarse los restantes requisitos anteriormente referidos.

### **(III) Por orden gubernativa o judicial<sup>24</sup>.**

A la luz del artículo 16, la admisión por orden gubernativa tenía lugar para la observación, mientras que la judicial se producía de conformidad con el Código Penal. La primera era aprobada por el gobernador civil o el jefe de policía, en las capitales de provincia, y por el alcalde, en las poblaciones menores. El fundamento de esta modalidad de internamiento era la peligrosidad del enfermo para sí o para los demás, bien porque se encontrara efectivamente en circunstancias de riesgo, o bien porque su enfermedad psíquica supusiera un peligro inminente. La reclusión no podía extenderse durante más de un día sin que la justificara un certificado del médico director del establecimiento. A continuación, el procedimiento era el mismo que el de internamiento por indicación médica de carácter urgente. Por su parte, la admisión por orden judicial se aplicaba, *ex* artículo 20, a los enfermos incurso en un procedimiento penal, y requería también de certificado médico que la justificara. El artículo 21 otorgaba a todo ciudadano legitimidad para ejercitar acción ante la autoridad gubernativa o judicial, solicitando el internamiento forzoso de un paciente por razón de su peligrosidad.

A pesar de no figurar en la enumeración de modalidades de internamiento efectuada por el artículo 8 del decreto, el artículo 26 hace referencia al “*aislamiento involuntario en asistencia privada o familiar organizada*”. Los médicos estaban facultados para asistir a los enfermos mentales bajo esta modalidad, informando al gobernador civil en las 24 horas siguientes a la adopción de la medida, y justificando en dicha notificación que se hubieran adoptado las medidas de custodia convenientes. Se trataba, pues, de la reclusión involuntaria del enfermo en domicilios familiares<sup>25</sup>. El mismo precepto atribuye a los familiares o representante legal responsabilidad civil por los delitos cometidos por el alienado contra vidas ajenas, en el caso de que se tratase de un enfermo psíquico “peligroso” e, inobservando los consejos médicos, no hubieren adoptado las medidas de previsión pertinentes, poniendo el artículo como ejemplo el internamiento y la vigilancia particular.

---

<sup>24</sup> Ministerio de la Gobernación: Decreto de 3 de julio de 1931. Gaceta de Madrid, núm. 188, de 7 de julio de 1931.

<sup>25</sup> Barrios Flores, L. (2003). Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. *Derecho y Salud*, Vol. 11, N°2, 141-164.

Entre los defectos que se han atribuido a este decreto republicano, cabe destacar la excesiva relevancia otorgada a la peligrosidad del enfermo y el escaso protagonismo del juez en el procedimiento. La necesidad de modificar el régimen se vio evidenciada con la promulgación de la Constitución de 1978, lo cual llevó a que la Ley 13/1983<sup>26</sup> modificara el artículo 211 del Código Civil (CC)<sup>27,28</sup>, dándole la redacción siguiente:

*“El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que, razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez, y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas.*

*El Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203.*

*Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269, 4.º, 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 forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y acordará lo procedente sobre la continuación o no de internamiento”.*<sup>29</sup>

Se establece, pues, un procedimiento para el internamiento que requerirá en todo caso de la autorización judicial, bien con carácter previo, en los casos ordinarios, bien de forma sobrevenida, cuando concurren razones de urgencia. Cabe destacar que el artículo toma como referencia el concepto iuscivilista de “presunto incapaz”, y no el de “trastorno psíquico” actualmente recogido en la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Esto cambió con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor<sup>30</sup>, que modificó el artículo 211, sustituyendo el término *presunto*

---

<sup>26</sup> Ley 13/1983, de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil en materia de tutela. *BOE núm. 256, de 26 de octubre de 1983, páginas 28932 a 28935.*

<sup>27</sup> Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. *Gaceta de Madrid núm. 206, de 25/07/1889.*

<sup>28</sup> Barrios Flores, L. (2003). Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. *Derecho y Salud, Vol. 11, N°2, 141-164.*

<sup>29</sup> Ley 13/1983, de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil en materia de tutela. *BOE núm. 256, de 26 de octubre de 1983, páginas 28932 a 28935.*

<sup>30</sup> Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. *BOE núm. 15, de 17/01/1996.*

incapaz por internamiento “por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí”<sup>31</sup>.

Finalmente, la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC)<sup>32</sup>, que derogó el artículo 211 del Código Civil, acogió la regulación del procedimiento del internamiento involuntario por razón de trastorno psíquico en el artículo 763.

### **3.2. Marco regulatorio actual<sup>33</sup>.**

El procedimiento de internamiento involuntario de pacientes psiquiátricos se encuentra regulado en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. No obstante, se hace preciso exponer el panorama normativo que, en sentido amplio, guarda relación con la privación de libertad y con los derechos de aquéllos que padecen trastornos psíquicos. Dicho análisis resulta pertinente debido a que, en lo sucesivo, se valorará la adecuación del procedimiento actual con el régimen constitucional, y, además, se valorarán otras alternativas regulatorias.

#### **3.2.1. Normas de derecho internacional.**

En primer lugar, se hará referencia a ciertos convenios internacionales que han sido ratificados por España y, en consecuencia, han quedado incorporados al ordenamiento jurídico nacional *ex* artículo 96.1 de la Constitución Española<sup>34</sup> (en adelante, CE).

#### Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Nueva York, 1966)<sup>35</sup>.

En su artículo noveno, el convenio se refiere a la libertad y la seguridad personales. Dispone que nadie podrá ser privado de su libertad, “*salvo por las causas fijadas por ley y con arreglo al procedimiento establecido en ésta*”. Sin embargo, el resto del artículo se refiere a los supuestos de detención, sin hacer referencia al caso de los pacientes psíquicos.

---

<sup>31</sup> Barrios Flores, L. (2003). Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. *Derecho y Salud*, Vol. 11, N°2, 141-164.

<sup>32</sup> Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. *BOE* núm. 7, de 08/01/2000.

<sup>33</sup> En este apartado se seguirá el orden propuesto en Molina de Borbón, M. (2015). Internamiento psiquiátrico involuntario. Madrid: *Universidad San Pablo CEU*.

<sup>34</sup> Constitución Española. *BOE* núm. 311, de 29/12/1978.

<sup>35</sup> Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. *BOE* núm. 103, de 30 de abril de 1977, páginas 9337 a 9343.

Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, de la ONU<sup>36,37</sup>.

A pesar de no tratarse de un tratado internacional, esta resolución tiene relevancia por cuanto enuncia principios específicamente dirigidos a los enfermos mentales. El Principio 8, apartado octavo, permite la aplicación de tratamientos a pacientes psiquiátricos sin su consentimiento informado si, por razones de urgencia, resulta necesario para impedir un daño sobre un tercero o sobre el propio paciente. El apartado undécimo del mismo precepto autoriza la reclusión involuntaria, siempre que se efectúe de conformidad con un procedimiento previamente establecido y se trate del único medio disponible para prevenir daños al propio paciente o a terceros.

El Principio 16 se refiere a la admisión involuntaria en una institución psiquiátrica, permitiendo la misma sólo en caso de que un médico determine que el individuo padece una enfermedad mental y que, de no ser internado, existirá un riesgo para el paciente o para terceros; o bien se podrá producir un deterioro de la salud del paciente, o resultará imposible la aplicación del tratamiento necesario para su recuperación.

Por su parte, el Principio 17 dispone la existencia de un *órgano de revisión*, que será un órgano judicial, para la determinación del internamiento definitivo del paciente, así como para la revisión de la idoneidad de su permanencia en el centro con carácter periódico.

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU (CoDPD, Nueva York, 2006)<sup>38</sup>.

Este convenio establece un marco tuitivo de las personas con discapacidad, garantizando sus derechos y evitando su discriminación. El presente convenio, establece que los discapacitados (dentro de los cuales se encuentran los discapacitados psíquicos) tienen la misma capacidad jurídica que el resto de las personas (art 12). De este modo toda asistencia sanitaria precisa de su consentimiento informado (art 25), no pudiendo ser privado un discapacitado de su derecho a la libertad por el mero hecho de serlo (art14) y

---

<sup>36</sup> ONU: Organización de las Naciones Unidas.

<sup>37</sup> Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, de la Asamblea General de la ONU, por la que se aprueban principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.

<sup>38</sup> Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. *BOE núm. 96, de 21 de abril de 2008.*

debiendo respetarse su integridad física como al resto (art17), no pudiendo ser sometido a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (art15).

### ***3.2.2. Normas europeas.***

Se les dedica una sección aparte porque se trata de disposiciones circunscritas al continente europeo. Sin embargo, no todas ellas son propias de la Unión Europea (UE).

Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (Roma, 1950)<sup>39</sup>.

El Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH) es un tratado internacional que establece un conjunto de derechos cuya salvaguardia se atribuye al Tribunal Europeo de Derechos Humanos, dependiente del Consejo de Europa. A pesar de que esta institución es ajena a la Unión Europea, ésta se adhirió al Convenio.

El artículo 5 dispone que nadie puede ser privado de su libertad, pero enumera seis excepciones, siempre que se efectúe de conformidad con el procedimiento legalmente establecido. A nuestros efectos, tiene relevancia la establecida en apartado e), párrafo primero, en cuya virtud es posible la privación de libertad:

*“Si se trata de la privación de libertad, conforme a derecho, de una persona susceptible de propagar una enfermedad contagiosa, de un enajenado, de un alcoholico, de un toxicómano o de un vagabundo”.*

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea<sup>40</sup>.

El artículo 35 proclama la protección de la salud, pudiendo toda persona beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas en las legislaciones nacionales de los estados miembros.

---

<sup>39</sup> Instrumento de Ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950, y enmendado por los Protocolos adicionales números 3 y 5, de 6 de mayo de 1963 y 20 de enero de 1966, respectivamente. *BOE núm. 243, de 10 de octubre de 1979, páginas 23564 a 23570.*

<sup>40</sup> Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01). DOUE de 18/12/2000, C 364/9.

Por su parte, el artículo 26 reconoce el derecho de las personas discapacitadas “a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, su integración social y profesional y su participación en la vida de la comunidad”.

Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina (Convenio de Oviedo, CEDHyB, 1977)<sup>41</sup>.

En primer lugar, el convenio declara en su artículo segundo que “*el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia*”.

Por otra parte, exige en el artículo 5 la emisión del consentimiento informado por parte del paciente como requisito para la realización de cualquier intervención en el ámbito de la sanidad.

No obstante, el artículo 7, referido a los afectados por trastornos mentales graves, dispone lo siguiente:

*“La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso.”*

Asimismo, el siguiente precepto autoriza la realización de intervenciones imprescindibles para la salud de la persona, aun careciendo de consentimiento informado, si se dan motivos de urgencia.

### **3.2.3. Normas de derecho interno.**

#### Constitución española.

Se expondrán, a continuación, los preceptos de la Constitución de 1978 que tienen proyección en el ámbito del internamiento involuntario de pacientes psíquicos.

El artículo 10 proclama la libertad de la persona y, a su vez, establece la interpretación de las normas constitucionales relativas a los derechos fundamentales y las

---

<sup>41</sup> Instrumento de Ratificación 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. *BOE* núm. 251, de 20 de octubre de 1999, páginas 36825 a 36830.

libertades de conformidad con la declaración universal de derechos humanos y los tratados internacionales ratificados por España.

Por su parte, el artículo 14 se refiere a la igualdad ante la ley, proscribiendo la discriminación por cualquier circunstancia personal o social, lo cual desde luego abarca el padecimiento de un trastorno psíquico.

El artículo 15 proclama el derecho a la vida y a la integridad física y moral, quedando prohibidos los tratos inhumanos o degradantes.

En lo que respecta al presente trabajo, el precepto que tiene una mayor relevancia es el artículo 17, que atribuye a toda persona el derecho a la libertad y a la seguridad. Asimismo, toda privación de libertad deberá efectuarse “*en los casos y formas previstos en la ley*”. Además, el mismo artículo establece límites a la detención preventiva, que sólo podrá durar el tiempo indispensable para realizar las averiguaciones necesarias y, en todo caso, menos de setenta y dos horas desde la detención. Transcurrido dicho plazo, el detenido será puesto en libertad o a disposición judicial. El precepto también prevé el desarrollo de un procedimiento de *habeas corpus*.

El artículo 53.1 formula reserva de ley para los derechos y libertades del capítulo segundo del título primero de la Constitución. Por su parte, el párrafo segundo del mismo artículo, legitima a cualquier ciudadano para obtener la tutela de los derechos contenidos en el artículo 14 y en la sección primera del capítulo segundo del título primero —entre los que se halla el derecho a la libertad— mediante un procedimiento basado en los principios de preferencia y sumariedad y, como *ultima ratio* —sin perjuicio de la posibilidad de recurso ante tribunales supranacionales— a través del recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional.

Finalmente, el artículo 81 CE establece reserva de ley orgánica para aquellas disposiciones relativas al desarrollo de los derechos fundamentales y de las libertades públicas.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad<sup>42</sup>.

Esta ley dedica el artículo 20 a la salud mental y, sobre el principio de equiparación absoluta de los enfermos mentales a los demás pacientes, enumera ciertos

---

<sup>42</sup> Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *BOE* núm. 102, de 29/04/1986.



principios. El primero, de gran relevancia, supone la preferencia por los tratamientos ambulatorios, reduciendo en lo posible la necesidad de hospitalización, con el objeto de que la atención de las enfermedades mentales se realice en el ámbito comunitario. En otras palabras, se pretende que las personas afectadas por trastornos psíquicos permanezcan integradas en la sociedad, recibiendo, cuando sus circunstancias lo permitan, tratamientos a domicilio o de hospitalización parcial, en detrimento de internamientos hospitalarios prolongados.

Asimismo, en los casos en que resulte necesario el internamiento, éste tendrá lugar en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales. Es decir, el legislador opta por la sustitución de los tradicionales “manicomios” por unidades *ad hoc* para pacientes psíquicos en hospitales generales. Finalmente, proporcionarán servicios de inserción social y rehabilitación a los pacientes.

Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente<sup>43</sup>.

En su artículo octavo, se refiere la ley al consentimiento informado del paciente como requisito para efectuar cualquier actuación en el ámbito de la salud. Se da cumplimiento así al derecho a la integridad física proclamado por el artículo 15 CE. No obstante, el artículo noveno permite el consentimiento por representación, entre otros supuestos, “*cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación*”. En tal caso, el consentimiento lo prestará el representante legal o, en su defecto, las personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho. Su decisión deberá atender al mayor beneficio para la vida o salud del enfermo.

Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil.

La Ley de Enjuiciamiento Civil alberga la regulación sobre el procedimiento de internamiento involuntario de pacientes psiquiátricos, por lo que se dedicará el siguiente apartado a su desarrollo.

---

<sup>43</sup> 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. *BOE núm. 274, de 15/11/2002.*

### **3.3. El procedimiento de internamiento involuntario de pacientes psiquiátricos: artículo 763 LEC.**

El artículo 763 LEC se refiere al internamiento no voluntario por trastorno psíquico, anteriormente regulado en el artículo 211 del Código Civil. A continuación, se procede a describir el procedimiento<sup>44</sup>.

En primer lugar, el artículo establece que el internamiento de enfermos mentales que no se hallen en condiciones de decidirlo por sí mismas requerirá de autorización judicial, otorgada por el órgano jurisdiccional del lugar de residencia del paciente<sup>45</sup>. Dicha autorización será preceptiva, abstracción hecha de si la persona cuenta con representante legal o no.

La autorización deberá preceder al internamiento, salvo en los supuestos en que concurren razones de urgencia. En tal caso, el responsable del centro deberá informar *lo antes posible* y, en todo caso, en las veinticuatro horas siguientes, al órgano jurisdiccional competente. Éste deberá ratificar la medida adoptada, en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el tribunal tenga conocimiento del internamiento<sup>46</sup>. En los casos de urgencia, además, la ley traslada la competencia al tribunal del lugar en el que se encuentre el centro donde se produce el internamiento —en detrimento del domicilio del paciente—. Asimismo, en estos supuestos la ley insta a que el órgano judicial, en su caso, informe al Ministerio Fiscal de los hechos que puedan dar lugar a la incapacitación.

Antes de autorizar o ratificar el internamiento, el tribunal examinará al afectado por sí mismo y oír el dictamen de un facultativo que él haya designado. Además, deberá oír a aquél cuyo internamiento esté en cuestión, al Ministerio Fiscal, y a cualquier otra persona “*cuya competencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida*”. En cualquier caso, el órgano judicial podrá efectuar las pruebas que tenga por conveniente.

---

<sup>44</sup> Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE núm. 7, de 08/01/2000.

<sup>45</sup> Se aprecia la consolidación de un procedimiento en el que el juez tiene un papel preponderante, tal y como recomendaba la Resolución 46/119 de la ONU, y en contraposición al referido Decreto de 3 de julio de 1931.

<sup>46</sup> El plazo de setenta y dos horas coincide con el límite máximo establecido por el artículo 17 CE para la detención preventiva, aunque la duración de la reclusión en el caso de los pacientes psiquiátricos puede ser superior, ya que el cómputo no empieza con el internamiento, sino con la toma de conocimiento del mismo por parte del tribunal

El afectado por la decisión tiene derecho a comparecer con su propia defensa y representación. De no hacerlo, será defendido por el Ministerio Fiscal o, si éste hubiera promovido el procedimiento, por un defensor judicial. Además, la resolución del órgano jurisdiccional es recurrible en apelación.

Una vez acordado el internamiento, los facultativos a cargo del paciente deberán informar al tribunal sobre la conveniencia de mantener la reclusión cada seis meses, salvo que si éste establece una periodicidad mayor. El tribunal deberá pronunciarse al respecto, en su caso, tras la realización de las pruebas pertinentes. Sin perjuicio de lo anterior, los facultativos acordarán el alta del paciente si estiman que el internamiento ha devenido innecesario, informando al tribunal de forma inmediata.

Finalmente, también dispone el artículo 763 LEC que *“el internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor”*.

### **3.4. Procedimiento de internamiento involuntario urgente: problemática jurídica.**

La regulación actual que España contiene relativa al internamiento involuntario urgente se encuentra inmersa en una significativa problemática jurídica. Esta problemática contiene dos vertientes principales. Por un lado, se halla la sociedad internacional debatiendo sobre la pertinencia de incluir en las legislaciones nacionales una regulación que contenga procedimientos de tratamiento e internamiento involuntarios de enfermos mentales en aquellos Estados que no solo han ratificado el CEDHyB, sino que también se comprometieron con la CoDPD. España, es uno de los Estados que ha ratificado ambos, por lo que la pertinencia de mantener en el ordenamiento jurídico español un precepto relativo al internamiento involuntario de enfermos mentales está en la actualidad en cuestión. Por otro lado, el precepto que regula el procedimiento de internamiento ha sido, desde su entrada en vigor, discutido, tanto por el carácter ordinario que el artículo mantuvo durante años, como por el repetido incumplimiento en la práctica del procedimiento regulado en él, incumplimiento que supone una vulneración de diversas garantías constitucionales y que ha dado lugar a numerosos pronunciamientos del Tribunal Constitucional.

### ***3.4.1. Problemática relativa a la posible colisión de preceptos internacionales.***

El Consejo de Europa es una organización internacional (OOII) creada en 1949, cuya finalidad consistía la creación de un marco jurídico común entre los Estados participantes que garantizara la promoción y el respeto a los Derechos Humanos. De este modo, un año después de su fundación redactaron, tomando como referencia la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos (CEDH). Dicho texto legislativo entró en vigor en 1953, garantizando la protección de los derechos incluidos en él por parte de todos los estados miembros de la organización<sup>47</sup>.

Además de este instrumento de referencia, el Consejo de Europa ha elaborado distintos textos legales para los Estados que lo componen sobre materias concretas. De este modo, elaboraron en 1997 el Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina (CEDHyB), también conocido como Convenio de Oviedo que tenía la finalidad de garantizar la protección de los Derechos Humanos en el ámbito de la Biomedicina. España comenzó a formar parte del Consejo de Europa en el año 1977, y ratificó el CEDHyB. Debe legislar, desde entonces, en consonancia con los textos legales elaborados por la organización y con la jurisprudencia establecida por el tribunal encargado de la interpretación de estos convenios y de velar por su cumplimiento, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

Tal y como hemos mencionado, ambos textos legislativos hacen referencia a la posibilidad de aplicar medidas de tratamiento involuntarias en pacientes psiquiátricos.

De manera más genérica, el artículo 5 del CEDH establece la posibilidad de privar de libertad a un conjunto de colectivos entre los que se encuentran los enajenados. Para concretar su contenido, el TEDH se ha pronunciado en diversas ocasiones sobre el alcance que el citado precepto tiene en relación con los enfermos mentales. Los pronunciamientos del tribunal dan como resultado la necesidad de cumplimiento de una serie de requisitos para poder proceder al internamiento de pacientes psiquiátricos. Las sentencias Inseher

---

<sup>47</sup> Europe, C. o. (10 de noviembre de 2018). Página web del consejo de Europa. Recuperado el 10 de noviembre de 2018, de Síntesis del Consejo de Europa: <https://www.coe.int/es/web/about-us/who-we-are>

c. Alemania, § 127<sup>48</sup>; Stanev c. Bulgaria, § 145<sup>49</sup>; D.D. c. Lituania, § 156<sup>50</sup>; Kallweit c. Alemania, § 45<sup>51</sup>; Shtukaturov c. Rusia, § 114<sup>52</sup>; Varbanov c. Bulgaria, § 45<sup>53</sup>; y Winterwerp c. Países Bajos, § 39<sup>54</sup>) recogen la necesidad de que se cumplan los tres requisitos que se analizan a continuación. Con ello podemos afirmar que los requisitos necesarios para la aplicación de estas medidas involuntarias en pacientes psiquiátricos son los siguientes:

***(I) Tiene que concurrir un trastorno mental y ha de ser el médico el que acredite su existencia.***

No se permite, de este modo, que se someta involuntariamente a tratamiento o a internamiento a quien posee comportamientos que no se correspondan con las normas sociales establecidas, sino que ha de poseer un trastorno mental (Rakevich c. Rusia, § 26<sup>55</sup>). Este trastorno mental ha de ser, además, grave. La gravedad ha de ser tal como para considerarse como un trastorno mental “verdadero” (Glien c. Alemania, § 85<sup>56</sup>) que requiera para su curación tratamiento en una institución de salud mental (Inseher c. Alemania, § 129).

Ha de ser el médico quien analice al paciente y determine que éste posee una enfermedad mental, no siendo posible imponer estas medidas involuntarias si dicho análisis médico no se ha realizado (Ruiz Rivera c. Suiza, § 59<sup>57</sup>) o en el caso en el que la realización resulte imposible, sin la valoración del historial médico del paciente.

---

<sup>48</sup> Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 4 de diciembre de 2018, demandas nos. 10211/12 y 27505/14, caso Inseher c. Alemania.

<sup>49</sup> Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 17 de enero de 2012, demanda no. 36760/06, caso Stanev c. Bulgaria.

<sup>50</sup> Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 14 de febrero de 2012, demanda no. 13469/06, caso D.D. c. Lituania.

<sup>51</sup> Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 13 de enero de 2011, demanda no. 17792/07, caso Kallweit. c. Alemania.

<sup>52</sup> Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 27 de marzo de 2008, demanda no. 44009/05, caso Shtukaturov c. Rusia.

<sup>53</sup> Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 5 de octubre del 2000, demanda no. 31365/96, caso Varbanov c. Bulgaria.

<sup>54</sup> Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 27 de septiembre de 1990, demanda no. 12535/1986, caso Winterwerp c. Países Bajos.

<sup>55</sup> Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 28 de octubre de 2003, demanda no. 58973/00, caso Rakevich c. Rusia.

<sup>56</sup> Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 28 de noviembre de 2013, demanda no. 7345/12, caso Glien c. Alemania.

<sup>57</sup> Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 18 de febrero de 2014, demanda no. 8300/06, caso Ruiz Rivera c. Suiza.

Una vez emitido el informe que recoja el análisis realizado por el facultativo o el historial médico del paciente, el tribunal nacional ha de valorar la pertinencia de estas medidas involuntarias en base a ellos, con independencia de los criterios establecidos en las legislaciones nacionales para considerar que una persona padece una enfermedad mental (Petschulies c. Alemania, 74-77<sup>58</sup>) y sin necesidad de que sea un inimputable de conformidad con la legislación nacional penal (Inseher c. Alemania, § 149).

***(II) El internamiento o tratamiento involuntario ha de ser necesario.***

Considera el tribunal que la necesidad existe cuando (Inseher c. Alemania § 133):

1. La persona necesite terapia, medicamentos o cualquier tratamiento clínico para curarse.
2. Cuando se controle al paciente para evitar que se cause un daño a sí mismo o a los que lo rodean.

***(III) El trastorno mental ha de persistir durante todo el periodo de privación de libertad.***

Asimismo, “*el trastorno mental ha de persistir durante todo el tiempo en el que el paciente se encuentra privado de su libertad, debiendo quedar en libertad cuando éste desaparezca*”. (Kadusic c. Suiza, §§ 44 y 55<sup>59</sup>).

Atendiendo a los pronunciamientos del citado tribunal, puede afirmarse la necesidad de que exista un cuarto requisito procedimental adicional:

***(IV) Se ha de dotar al paciente de mecanismos que le permitan protegerse de este tipo de medidas.***

Se reconoce la especial vulnerabilidad de las personas que padecen trastornos mentales, (MS v Croacia (no. 2), § 147<sup>60</sup>) por lo que el paciente susceptible de ser internado ha de contar con:

---

<sup>58</sup> Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 4 de junio de 2014, demanda no. 6281/13, caso Petschulies c. Alemania.

<sup>59</sup> Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 9 de enero de 2018, demanda no. 43977/13, caso Kadusic c. Suiza.

<sup>60</sup> Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 19 de febrero de 2018, demanda no. 75450/12, caso MS c. Croacia.

- un procedimiento justo y adecuado donde el paciente tenga la posibilidad de defenderse (VK c. Rusia, § 33<sup>61</sup>) y
- asistencia legal en los procedimientos relacionados con el confinamiento (N. c. Rumanía, § 196<sup>62</sup>).

Puede observarse, de este modo, que el TEDH, mediante la interpretación del CEDH, ha establecido una doctrina relativa a los requisitos necesarios que se han de reunir para poder imponer las medidas involuntarias de tratamiento o internamiento en enfermos mentales, así como unos requisitos procedimentales mínimos que han de cumplirse. El CEDH establece, por tanto, la posibilidad de manera genérica de privar de libertad a los pacientes psiquiátricos, habiendo sido la doctrina del TEDH la que sienta los principios y los requisitos necesarios para llevar a cabo dicha medida.

El artículo 7 del CEDHyB, sin embargo, permite de manera específica los tratamientos e internamientos involuntarios de enfermos mentales cuando se den cuatro supuestos.

1. La persona tiene que sufrir un trastorno mental grave.
2. La intervención que se imponga tiene que ser necesaria para tratar el trastorno que padece.
3. La falta de este tratamiento ha de producir un daño en la persona.
4. Se han de respetar las garantías de protección de los derechos que las leyes nacionales establezcan.

Puede afirmarse, por tanto, que contaba el Consejo de Europa con dos textos legislativos relativos al internamiento y tratamiento involuntario junto con amplia jurisprudencia del TEDH que completaba su contenido. Sin embargo, debido al uso cada vez más frecuente de estas medidas terapéuticas en la práctica sanitaria de los Estados parte, decidió aprobar en 2004 la Recomendación del Comité de Ministros del CdE sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con desorden

---

<sup>61</sup> Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 4 de abril de 2014, demanda no. 9139/08, caso VK c. Rusia.

<sup>62</sup> Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 28 de noviembre de 2017, demanda no. 59152/08, caso N. c. Rumanía.

mental<sup>63</sup>, que basándose en los citados preceptos y en la jurisprudencia sentada por el TEDH, elaboró una serie de principios que debían seguir las medidas de internamiento y tratamiento ambulatorio en enfermos mentales constituyéndose el principal referente en la protección de los derechos del enfermo mental en el ámbito europeo<sup>64</sup>. Esta Recomendación se vio reforzada por una segunda en 2009, sobre seguimiento de la protección de los derechos del hombre y de la dignidad de las personas aquejadas de trastornos mentales<sup>65</sup>, que actualizaba las legislaciones anteriores. De las dos, sin embargo, es la primera la que regula de manera más exhaustiva los requisitos que estas medidas involuntarias debían cumplir.

De este modo, tal y como se observa, el Consejo de Europa aboga por la inclusión en la normativa de los Estados, de un procedimiento que regule las medidas de internamiento y tratamiento involuntario de pacientes psiquiátricos de conformidad con la normativa del Consejo de Europa existente así como con las garantías constitucionales de los Estados, protegiendo de este modo los derechos de las personas que padecen una enfermedad mental. Esta institución, decidió, por tanto, que era necesaria la elaboración de un cuerpo legislativo vinculante para los Estados que regulara detalladamente la aplicabilidad de los tratamientos e internamientos involuntarios, puesto que la regulación desarrollada existente hasta ese momento se encontraba recogida a modo de Recomendación, no quedando los Estados directamente vinculados por ella. Así pues, procedió en 2013 el Comité de Bioética del Consejo de Europa a elaborar un Protocolo adicional al Convenio de Oviedo que satisficiera esta necesidad.

Este Protocolo se elaboró con la finalidad de proteger los derechos de las personas que padecen trastornos mentales en situaciones de tratamientos e internamientos involuntarios, para ello, toma como referencia bases la Convención Europea de Derechos Humanos (CEDH), el CEDHyB, y la CoDPD, y da continuidad a lo establecido en la Recomendación 2004 (10)<sup>66</sup>. Se trata de un texto legislativo que recoge un extenso

---

<sup>63</sup> Council of Europe, Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder, 22 de septiembre de 2004.

<sup>64</sup> Barrios Flores, L. (2010). Derechos Humanos y Salud Mental en Europa. Norte de salud mental vol. VIII, nº 36: 55-67.

<sup>65</sup> Council of Europe, Recommendation Rec(2009)3 of the Committee of Ministers to member states on monitoring the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder, 20 de mayo de 2009

<sup>66</sup> Council of Europe: Draft Additional Protocol concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder with regard to involuntary placement and involuntary treatment, 23 de mayo de 2018.



articulado relativo al modo de proceder en el supuesto en el que sea pertinente la aplicación de estas medidas, así como los requisitos que se han de cumplir para su imposición. Este articulado, otorga, aunque con matices, unas garantías análogas a las establecidas en el precepto del ordenamiento jurídico español que regula el internamiento involuntario, por lo que si el borrador se aprobara, únicamente se haría necesario matizar algunos aspectos incluidos en el protocolo e introducir un precepto relativo al tratamiento involuntario para adaptar el ordenamiento interno a uno de los tratados internacionales de los que España es parte como es el Convenio de Oviedo.

Este Protocolo, sin embargo, no ha entrado por el momento en vigor debido a que en el año 2006 se promulgó otro texto legislativo a nivel internacional, que vincula a muchos de los Estados que también han de cumplir con el Convenio de Oviedo, y posee disposiciones que son, según el criterio de distintas asociaciones tanto intergubernamentales como civiles, incompatibles con lo establecido en el Protocolo Adicional al Convenio y en el Convenio de Oviedo en sí mismo.

Este texto legislativo promulgado en 2006 hace referencia a la denominada Convención de los Derechos de las personas con Discapacidad de la ONU. A este respecto, distintos colectivos afirman la existencia de una incompatibilidad de los preceptos 12, 14, 15, 17 y 25 de la CoDPD con los artículos 7 y 26 del CEDHyD, habiendo suscrito un número elevado de Estados, entre los que se encuentra España, dos convenios internacionales vinculantes incompatibles entre sí.

De un lado, el CoDPD establece que los discapacitados (dentro de los cuales se encuentran los discapacitados psíquicos) tienen la misma capacidad jurídica que el resto de las personas (art 12). De este modo toda asistencia sanitaria precisa de su consentimiento informado (art 25), no pudiendo ser privado un discapacitado de su derecho a la libertad por el mero hecho de serlo (art14) y debiendo respetarse su integridad física como al resto (art17), no pudiendo ser sometido a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (art15)<sup>67</sup>.

---

<sup>67</sup> Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. BOE núm. 96, de 21 de abril de 2008.

De otro lado, el Convenio de Oviedo, tal y como se ha expuesto, permite la aplicación de medidas involuntarias cuando el paciente posee un trastorno mental grave que hace no que no sea capaz de decidir por sí mismo (art7) o cuando sea necesaria su aplicación para proteger los derechos y libertades de otros (art 26)<sup>68</sup>.

La compatibilidad de lo establecido en el Convenio de Oviedo con la Convención de las Personas con Discapacidad se cuestionó desde la promulgación de esta última, llevando al Comité de Bioética del Consejo de Europa a pronunciarse al respecto que optó por defender su compatibilidad declarando que el mero hecho de que la persona fuera discapacitada no implicaba que la persona pudiera quedar sometida a tratamiento o internamiento involuntario, sino que debía padecer un problema mental importante que causara un daño a su propia salud o a la salud de terceros<sup>69</sup>.

Si ya el propio Convenio de Oviedo generaba controversia, el borrador del Protocolo elaborado por el Comité de Bioética del Consejo de Europa, ha sido susceptible de crítica tanto por organizaciones civiles como intergubernamentales, puesto que se trata de un documento legislativo que habilita la incorporación en las legislaciones nacionales de preceptos que regulen el internamiento y tratamiento involuntario de pacientes psiquiátricos, respetando las exigencias establecidas en él.

De este modo, en el propio seno del Consejo de Europa, la Asamblea Parlamentaria se pronunció mediante Recomendación en 2016 en contra de la promulgación de este protocolo<sup>70</sup>. Por otro lado, la European Network of National Rights Institutions (ENNHRI) formado por los Defensores del Pueblo y las Organizaciones de Derechos Humanos de los distintos estados miembro de la UE ha manifestado su desaprobación de del Protocolo<sup>71</sup> y una de las mayores Organizaciones no Gubernamentales encargada de velar por la protección de los derechos humanos como es

---

<sup>68</sup> Instrumento de Ratificación 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. BOE núm. 251, de 20 de octubre de 1999, páginas 36825 a 36830

<sup>69</sup> Organización de las Naciones Unidas (ONU): Steering Committee on Bioethics, Statement on the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CDBI/INF (2011) 10, November 2011.

<sup>70</sup> Council of Europe (Parliamentary Assembly) (2016). Recommendation 2091: The case against a Council of Europe legal instrument on involuntary measures in psychiatry.

<sup>71</sup> ENNHRI (2018). Statement on the Draft Additional Protocol to the Oviedo Convention.

Human Rights Watch, lo ha considerado como una amenaza para las personas que padecen una discapacidad psíquica<sup>72</sup>.

A nivel nacional, los Ministros de Asuntos Exteriores y de Sanidad recibieron en 2018 una carta emitida por el European Disability Forum, el Comité de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y Salud Mental España, que calificaban el Protocolo de inapropiado por no recurrir a recursos alternativos a estas medidas involuntarias para atender a personas con discapacidad psíquica<sup>73</sup>. Asimismo, tanto el Comité de Bioética de Cataluña<sup>74</sup> como la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de la Salud Mental, la Confederación Salud Mental España, la Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental y la Federación VEUS-Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en Primera Persona, como organizaciones directamente implicadas en el impulso de la mejora de la salud mental de España, han manifestado formalmente que consideran el Protocolo como un documento legislativo vulnerador de los derechos establecidos en el CoDPD.

Analizada la confusión existente a nivel internacional, se hace preciso solucionar la problemática en lo relativo a las medidas de internamiento y tratamiento involuntario para que el ordenamiento jurídico español pueda adaptarse a las exigencias de los Convenios Internacionales de los que forma parte, legislando sobre los Derechos Fundamentales establecidos en la Constitución, de conformidad con la interpretación de los Derechos Humanos realizada por los tratados internacionales que ha ratificado tal y como exige el artículo 10.2 de la CE.

---

<sup>72</sup> Human Rights Watch: Council of Europe: A Threat to Rights of People With Disabilities. 21 de noviembre de 2018. <https://www.hrw.org/news/2018/11/21/council-europe-threat-rights-people-disabilities>.

<sup>73</sup> CERMI Semanal: *El CERMI y Salud Mental España exigen al Gobierno que se oponga al Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo por ser contrario a los derechos humanos*. <http://semanal.cermi.es/noticia/CERMI-SALUD-MENTAL-ESPAnA-exigen-Gobierno-oponga-Protocolo-Adicional-Convenio-Oviedo-contrario-derechos-humanos.aspx>

<sup>74</sup> Posicionament del Comitè de Bioètica de Catalunya respecte del “Protocol Adicional al Conveni d’Oviedo sobre Drets Humans i Biomedicina sobre la protecció dels drets humans i la dignitat de les persones amb trastorns mentals respecte a ingressos i tractaments involuntaris” que proposa el Comitè de Bioètica del Consell d’Europa, [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_Sistema\\_de\\_salut/CBC/recursos/documents\\_tematica/protocol\\_cbc\\_consell\\_Europa.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/protocol_cbc_consell_Europa.pdf)

### ***3.4.2. Problemática relativa al carácter de la ley que regula el procedimiento.***

Tal y como recoge el artículo 81.1 de la CE, el desarrollo de los Derechos Fundamentales que reconoce la Constitución ha de realizarse mediante Ley Orgánica. El procedimiento de internamiento involuntario de pacientes psiquiátricos incide en el Derecho Fundamental de la libertad del enfermo por lo que ha de estar regulado mediante ley orgánica.

A este respecto, la regulación del procedimiento de internamiento que precede a la vigente, es decir, el artículo 211 del CC, se trataba de una Ley Ordinaria, no orgánica. Esto dio lugar al planteamiento de un recurso de inconstitucionalidad ante el TC que se resolvió por medio de la Sentencia 129/1999, de 1 de julio de 1999<sup>75</sup>. Esta, sin embargo, decide no adentrarse en el fondo del asunto y no se pronuncia sobre la constitucionalidad del citado precepto. La sentencia, sin embargo, posee importancia notoria debido a las aportaciones realizadas por el Magistrado García Manzano en las que afirma que: *“no existe en un ordenamiento jurídico un límite más severo a la libertad que la privación de la libertad en sí”* por lo que *“el rango formal de la norma cuestionada no se ajusta a la Constitución, por hallarse contenida en ley ordinaria como es el C.C.”* De este modo, los pronunciamientos del magistrado otorgan gran importancia a la sentencia, ya que aunque no se declara en ella formalmente la inconstitucionalidad del precepto, queda reflejada en ella la necesidad de regular la cuestión mediante ley orgánica.

Tal y como se ha expuesto, el citado precepto del Código Civil queda derogado por el artículo 763 de la LEC, nuevamente Ley Ordinaria. La regulación del procedimiento de internamiento mediante un nuevo precepto no resuelve, por tanto, el problema de constitucionalidad existente. De este modo, tal y como era de esperar, se plantean en 2010 dos cuestiones de inconstitucionalidad conjuntamente ante el TC impugnando este nuevo precepto. Estas dos cuestiones fueron resueltas mediante las sentencias 131/2010<sup>76</sup> y 132/2010<sup>77</sup> que declaran la inconstitucionalidad del citado precepto por infringir los artículos 17.1 y 81.1 de la Constitución. Sin embargo, se establece en ella que *“a esta declaración de inconstitucionalidad no debe anudarse en este caso la declaración de nulidad, pues esta última crearía un vacío en el Ordenamiento jurídico no deseable”*. Por medio de este pronunciamiento, el TC declara inconstitucional

---

<sup>75</sup> Sentencia del Tribunal Constitucional de 1 de julio 129/1999.

<sup>76</sup> Sentencia del Tribunal Constitucional de 2 de diciembre 131/2010.

<sup>77</sup> Sentencia del Tribunal Constitucional de 2 de diciembre 132/2010.

la regulación vigente en lo relativo a su forma, pero no la nulidad del procedimiento en tanto en cuanto dicha nulidad implicaría la imposibilidad de aplicar el precepto, provocando un vacío legal en lo relativo a un procedimiento cuya utilización resulta necesaria diariamente en las unidades psiquiátricas hospitalarias.

De este modo, se vino utilizando en la práctica psiquiátrica durante un periodo de cinco años un precepto declarado inconstitucional, aunque no nulo. La solución del problema de inconstitucionalidad del artículo 763 de la LEC, llegó de la mano de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.<sup>78</sup> Y es que fue una disposición adicional de dicha ley la que otorgó al mencionado artículo 763 de la LEC el carácter de Ley Orgánica.

Desde 2015, el ordenamiento jurídico español cuenta, por tanto, con un precepto que regula el procedimiento de internamiento integrado en una Ley Ordinaria, al cual se le ha otorgado junto a otros, la condición de “orgánico” en virtud de una disposición adicional incluida a su vez en una Ley Orgánica de protección de menores. El problema relativo a la necesidad de regulación de un procedimiento que incide en el derecho a la libertad mediante Ley Orgánica, quedó de este modo, resuelto.

### ***3.4.3. Incumplimiento en la práctica de las garantías constitucionales establecidas en la regulación existente.***

Tal y como se ha observado en el apartado relativo a la regulación actual del internamiento involuntario urgente, se garantiza al paciente el acceso a un procedimiento en el que se cuenta con las garantías constitucionales necesarias para impedir una privación de libertad de manera arbitraria, así como la posibilidad de defenderse y de apelar la decisión del juez. Estas garantías, sin embargo, no se cumplen en la práctica médica diaria, lo que ha provocado la necesidad de que el Tribunal Constitucional se pronuncie sobre diversos aspectos tratando de exigir su cumplimiento. Los aspectos del procedimiento que con mayor reiteración se incumplen pueden resumirse en los mostrados a continuación.

---

<sup>78</sup> Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE núm. 175, de 23 de julio de 2015, páginas 61871 a 61889.

**(I) Plazo de 72 horas que dispone el juez para resolver desde que tiene conocimiento del internamiento.**

Los tribunales del lugar del centro que ha procedido al internamiento, no cumplen en ocasiones con el plazo que poseen para resolver. Esto ha dado lugar a diversos pronunciamientos del Tribunal Constitucional al respecto estableciendo que:

El juez tiene un plazo máximo de 72 horas para decidir sobre el internamiento. Esta duración se ha establecido de conformidad con el artículo 17.2 de la CE el cual no opera exclusivamente en el orden penal. Se trata de un plazo que se ha de cumplir no pudiéndose en ningún caso, alegar la existencia de sobrecarga de trabajo para justificar un retraso en la resolución, no subsanándose por tanto la improrrogabilidad dictándose un Auto trascurrido el plazo que ratifique el internamiento<sup>79</sup>.

**(II) Derecho del paciente a ser oído y de contar con asistencia jurídica.**

Tal y como establece la ya mencionada Sentencia de 2 de julio de 2012, se hace precisa *“la acreditación documentada en las actuaciones de la información al afectado del internamiento y sus causas; y de su situación material y procesal, lo que implica a su vez el derecho del afectado (o su representante en su nombre) a ser oído personalmente dentro del procedimiento”*.

Por otro lado, en lo que respecta a la asistencia jurídica, las sentencias del TC de 1 de febrero de 2016<sup>80</sup>, de 15 de febrero de 2016<sup>81</sup> y de 14 de marzo de 2016<sup>82</sup> establecen que:

*“para hacer efectivo este derecho a la asistencia jurídica que resulta irrenunciable para su titular, el Juez debe dirigirse al afectado [...] a fin de informarle de la apertura del proceso y su finalidad, así como del derecho que tiene a una asistencia jurídica, pudiendo optar la persona por un Abogado y procurador, sean de su confianza o designados por el juzgado de entre los del turno de oficio. Si nada manifiesta al respecto, bien porque no desea hacerlo, bien porque no es capaz de comprender lo que el Juez le dice o de comunicar una respuesta,*

---

<sup>79</sup> Sentencia del Tribunal Constitucional de 2 de julio 141/2012.

<sup>80</sup> Sentencia del Tribunal Constitucional de 1 de febrero 13/2016.

<sup>81</sup> Sentencia del Tribunal Constitucional de 15 de febrero 22/2016.

<sup>82</sup> Sentencia del Tribunal Constitucional de 14 de marzo 50/2016.

*su representación y defensa debe ser asumidas por el Fiscal actuante en la causa [...] salvo que sea él quien inste el internamiento, en cuyo caso debe designársele un defensor judicial”.*

**(III) Deber de acreditar la necesidad de la medida y de motivar la resolución que ratifica el internamiento.**

El tribunal afirma en la referida Sentencia de 2 de julio de 2012 que no se puede privar al paciente de libertad por el mero hecho de padecer una enfermedad mental, sino que ha de ser una medida necesaria y ha de quedar acreditado que no existe un método menos lesivo para tratar al paciente. Una vez acreditada la necesidad de aplicar esta medida, el tribunal ha de emitir una resolución motivada fundamentando los motivos por los que procede su aplicación, absteniéndose de utilizar documentos estándar para resolver.

Analizadas estas cuestiones, puede observarse mediante el análisis de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, especialmente de la Sentencia del 2 de julio de 2012, que *“pudiera estar convirtiéndose en una práctica, si bien no generalizada, sí en aumento, como es la de tratar las garantías del internamiento (véase, plazo y dictámenes médico-legales) como meras formalidades, cuando constituyen garantías materiales de una libertad esencial en un Estado de Derecho”.*

#### **4. PROPUESTA DE POLÍTICA LEGISLATIVA RELATIVA AL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO URGENTE.**

Una vez analizada la problemática existente relativa a la regulación actual del procedimiento de internamiento involuntario urgente de pacientes psiquiátricos, procede este estudio a elaborar una propuesta de política legislativa que garantice el cumplimiento de los Derechos Fundamentales establecidos en la Constitución en el trato de un colectivo cada vez más extenso de la sociedad como son las personas que padecen un trastorno mental.

Para poder elaborar esta propuesta, resulta preciso pronunciarse, en primer lugar, sobre la posible colisión de normas internacionales expuesta en el apartado precedente. Y es que tal y como se ha analizado, existe en la actualidad un debate relativo a la posible incompatibilidad del Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo que incluye una regulación específica relativa a los internamientos y tratamientos involuntarios, con la Convención de los Derechos de Personas con Discapacidad que prohíbe la discriminación por poseer una discapacidad, discapacidad psíquica en el caso que nos concierne. Si efectivamente se determina que existe tal colisión, se entendería que incluir un precepto que regule de manera específica el internamiento de personas con trastorno psíquico implica discriminar a las personas con discapacidad psíquica. De este modo, el protocolo no se aprobaría y el ordenamiento jurídico español tendría que derogar el artículo 763 de la LEC, ya que éste regula esta medida en exclusiva para pacientes con enfermedades mentales. Si por el contrario se determina que dicha colisión es inexistente, España podría mantener vigente el precepto adaptándolo a las exigencias establecidas por el Convenio.

Debido a las críticas que el borrador del Protocolo ha suscitado, todo apunta a que éste nunca va a llegar a aprobarse y que adaptándose a las exigencias establecidas en el CoDPD, España tendrá que proceder a derogar el artículo 763 de la LEC por detallar un procedimiento relativo al internamiento involuntario de discapacitados psíquicos.

La propuesta legislativa que procede a realizar el estudio no implica, sin embargo, una derogación del artículo 763 de la LEC, sino su modificación por un procedimiento de internamiento no exclusivo para pacientes psiquiátricos.

No considera el estudio que la CoDPD resulte incompatible con la redacción actual de la LEC ni con el Protocolo. Tal y como se ha analizado con anterioridad, la Convención establece que no se puede privar a un discapacitado de su libertad por el mero



hecho de serlo. Ni la LEC ni el Protocolo habilitan la privación del derecho a la libertad de un discapacitado por su condición. Únicamente permiten la privación de libertad de un número muy reducido de discapacitados como son los discapacitados psíquicos graves, a los cuales se les aplica esta medida no por su condición de discapacitados, sino por las características particulares poseen que les impiden tener capacidad para consentir. De este modo, el precepto no posee la finalidad de discriminar a los discapacitados psíquicos, sino de asegurar que aquellos enfermos mentales en estado muy severo puedan acceder al tratamiento adecuado para su curación en aquellos supuestos en los que no tienen la capacidad para detectar su pertinencia.

Sin embargo, resulta preciso acabar con la regulación específica de internamiento involuntario de pacientes psiquiátricos por motivos de distinta índole:

(I) Carece de sentido establecer una regulación concreta destinada a proteger a los discapacitados psíquicos cuando son las propias asociaciones de discapacitados las que se han posicionado en contra de ella.

(II) Establecer una regulación relativa exclusivamente al internamiento de discapacitados psíquicos, puede provocar su utilización a modo de cajón de sastre para someter a dichas personas directamente a esta medida, prescindiendo de analizar si poseen capacidad para consentir. Es decir, pese a que la utilización adecuada del precepto implicaría que únicamente quedarán sometidos a esta medida aquellos enfermos psíquicos que carezcan de capacidad para consentir, podría utilizarse el precepto para someter a aquellos enfermos mentales que sí que poseen capacidad para decidir sobre su tratamiento. Prueba de la mala utilización de este precepto queda constatada mediante la Sentencia de 2 de julio de 2012 que lleva al TC a declarar que no se puede privar al paciente de libertad por el mero hecho de padecer una enfermedad mental, sino que ha de ser una medida necesaria.

(III) El hecho de que los únicos sujetos susceptibles de quedar sometidos a este tipo de medida sean los discapacitados psíquicos, provoca la existencia de la conciencia de que estos enfermos se encuentran totalmente al margen de lo que sucede en su entorno, procediendo a generalizarse un incumplimiento de los requisitos formales exigidos, tales como plazos, asistencia jurídica, etc.

Analizadas estas cuestiones, puede apreciarse la pertinencia de modificar el artículo 763 de la LEC con la finalidad de autorizar el internamiento involuntario de

manera genérica, no exclusivamente a pacientes psiquiátricos. Mediante esta modificación, se eliminaría cualquier posible controversia con el CoDPD, se valoraría la capacidad concreta de los pacientes para consentir y se atendería a las garantías formales establecidas en el procedimiento. Este precepto, regularía, por tanto, un procedimiento análogo al vigente pero aplicable *“a cualquier internamiento no voluntario por razones de salud, propia o de terceros, que abarcaría otros supuestos como, por ejemplo, el internamiento obligatorio de pacientes con enfermedades infecto-contagiosas cuando exista peligro para la salud pública”*<sup>83</sup>.

Para culminar la propuesta realizada, considera el estudio precedente el análisis de una figura que está adquiriendo progresivamente un mayor protagonismo en la práctica médica diaria como es el Tratamiento Ambulatorio Involuntario, en adelante TAI, en pacientes psiquiátricos. Se dispone el estudio, de este modo, a desarrollar el contenido de este tratamiento con la finalidad de valorar una posible inclusión de un precepto que lo regule en la propuesta de regulación.

---

<sup>83</sup> Barrios Flores, L. (2012), La regulación del internamiento psiquiátrico involuntario en España: carencias jurídicas históricas y actuales, *Derecho y Salud*, 22.

## **5. EL TRATAMIENTO INVOLUNTARIO AMBULATORIO COMO ALTERNATIVA AL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO.**

### **5.1 Concepto de tratamiento ambulatorio involuntario de pacientes psiquiátricos.**

El TAI, hace referencia a la imposición por parte del facultativo de un plan de tratamiento no consentido al paciente que padece una enfermedad mental, tratamiento que, sin embargo, no implica para su desarrollo el internamiento de dicho paciente en un centro psiquiátrico, sino que se desarrolla permitiendo que continúe habitando en sociedad<sup>84</sup>.

Una vez realizada una aproximación a la figura del tratamiento involuntario ambulatorio, procederemos al análisis de cada uno de los elementos que el concepto incluye, en aras de lograr una mejor comprensión.

**Tratamiento:** este primer elemento hace referencia un plan terapéutico concreto prescrito por el facultativo de conformidad con las características del paciente y con la enfermedad concreta que padece. Este tratamiento no es estrictamente farmacológico, sino que incluye otros mecanismos curativos tales como la psicoterapia individual y grupal, donde la participación de los familiares acostumbra a desempeñar un papel fundamental.

**Ambulatorio:** la terapia que se aplica no implica para su desarrollo el internamiento del paciente en una unidad de psiquiatría, sino que se desenvuelve permitiendo la convivencia del individuo en sociedad.

**Involuntario:** este último elemento precisa por un lado que el individuo rechace expresamente el tratamiento que se le quiere imponer, y por otro, que carezca de capacidad para consentir o rechazar el tratamiento<sup>85</sup>.

---

<sup>84</sup> Portero, G. (2010). Tratamiento ambulatorio involuntario de carácter civil. Una revisión. Cuaderno de Medicina Forense, 87-97.

<sup>85</sup> Marcos, C. E. (2007). Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario. CERMI, 324.

## 5.2. Regulación del TAI en España.

En España, no existe en la actualidad ni ha llegado nunca a aprobarse un marco legislativo específico en pacientes psiquiátricos en el ámbito civil. La única modalidad de TAI existente es la relativa a la jurisdicción penal<sup>86</sup>. A este respecto dentro de las medidas no privativas de libertad, el artículo 106.1 k) establece la posibilidad de que el Juez o Tribunal acuerde de manera razonada “*La obligación de seguir tratamiento médico externo, o de someterse a un control médico periódico*” a determinados sujetos que han cometido un ilícito penal, pero debido a que se encuentran dentro de alguna de las causas de exención de responsabilidad del artículo 20 del Código Penal únicamente les serán de aplicación, si se considera conveniente, las medidas de seguridad del título IV del Código Penal como es la relativa al Tratamiento Ambulatorio Involuntario.

Esta medida puede imponerse, de este modo, en supuestos de exención de responsabilidad criminal por anomalía o alteración psíquica, por trastorno mental transitorio o por comisión del hecho delictivo bajo los efectos de la intoxicación de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos<sup>87</sup>. Podemos, por tanto, afirmar que la única regulación relativa al tratamiento ambulatorio forzoso parte de la base de la previa comisión por el sujeto de un ilícito penal de cuya responsabilidad queda exento debido a las circunstancias concretas que padece.

Al margen del TAI relativo a la jurisdicción penal, España carece y ha carecido siempre de un cuerpo legislativo interno que regule dicho tratamiento. Se han dado, sin embargo, dos propuestas destacables de regulación de dichos tratamientos, intentos que finalmente no llegaron a consolidarse.

El primero de ellos hace referencia al proyecto de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil propuesto por la FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales) y el CEIFEM (Centro Español de Información y Formación sobre la Enfermedad Mental) que fue presentado en el Parlamento por el grupo parlamentario CIU en octubre de 2004. Este proyecto de regulación del TAI implicaba modificar el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil

---

<sup>86</sup> Flores, L. F. (2004). El Tratamiento Ambulatorio Forzoso: experiencias del derecho comparado y propuesta de regulación en España. Área de Derecho Administrativo.- Universidad de Alicante, 143.

<sup>87</sup> Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm. 281, de 24/11/1995.

incluyendo un nuevo artículo que regulara dicha figura, artículo que pasaría, por tanto, a regular no sólo el internamiento involuntario sino también el tratamiento ambulatorio<sup>88</sup>.

Sin embargo, esta propuesta comenzó pronto a cuestionarse y pese a que contaba con ciertos grupos de apoyo, los múltiples posicionamientos contrarios tales como el de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, hicieron que ésta no prosperara.

La segunda propuesta llegó en el año 2006 de la mano del Gobierno que logró que se aprobara en el Consejo de Ministros un Proyecto de Ley de Jurisdicción Voluntaria que otorgaba cobertura legal al tratamiento ambulatorio forzoso en los artículos 84 al 87. No obstante, el proyecto fue retirado cuando se encontraba tramitando en el Senado dejando al ordenamiento interno español sin un régimen legal regulatorio de esta figura, vacío que perdura hasta la actualidad<sup>89</sup>.

### **5.3. ¿Es el TAI una medida apropiada para pacientes psiquiátricos?**

Estudios académicos realizados en torno a la figura del TAI muestran líneas argumentales favorables y contrarias a la pertinencia de aplicar esta medida.

Como argumentos que apoyan la aplicación de esta medida podemos destacar los siguientes:

(I) Hay pacientes mentales que presentan un cuadro sintomático concreto a los que es beneficioso aplicarles esta medida tras haber estado ingresados bajo la modalidad de internamiento involuntario durante un periodo de tiempo. Se trata de pacientes psiquiátricos que padecen esquizofrenia, trastorno bipolar u otro tipo de psicosis similar en los que ha quedado demostrado que tras finalizar el periodo de internamiento rechazan el tratamiento que se les establece y hace que vuelvan a sufrir cuadros agudos de la enfermedad. Se crea en estos pacientes el fenómeno denominado “puerta giratoria” consistente en ingresar en la unidad psiquiátrica del hospital de continuamente, al ser incapaces de seguir el tratamiento que se les establece por su cuenta y volver a recaer<sup>90</sup>. Si en lugar de darles el alta tras la finalización del periodo de

---

<sup>88</sup> Fernández, G. V. (2015). Régimen jurídico del tratamiento forzoso. Universidad de Barcelona, 144-166.

<sup>89</sup> Fernández, G. V. (2015). Régimen jurídico del tratamiento forzoso. Universidad de Barcelona, 144-166.

<sup>90</sup> Portero, G. (2010). Tratamiento ambulatorio involuntario de carácter civil. Una revisión. Cuaderno de Medicina Forense, 87-97.

hospitalización se les impusiera un tratamiento ambulatorio, podrían continuar con la medicación de manera controlada y se evitaría el riesgo a recaer<sup>91</sup>.

(II) La calidad de vida de los pacientes psiquiátricos se ve mejorada, al permitir que el sujeto pueda convivir en sociedad y seguir una vida normalizada, aunque esté sometido a controles y a visitas periódicas a domicilio o a las unidades psiquiátricas<sup>92</sup>.

(III) Únicamente estarían ingresados en la unidad de psiquiatría aquellos pacientes agudos, pacientes a los que es estrictamente necesario aplicarles la medida de internamiento. Esto tendría doble finalidad. Por un lado, no se mantendría internados a aquellos pacientes que es necesario que estén sometidos a tratamiento para no volver a recaer pero que su estado de la enfermedad no es tan aguda como para permanecer ingresados privándoles totalmente de su libertad. Por otro, los facultativos que formen parte de estas unidades de ingreso podrían dar una mejor y más intensa asistencia a aquellos pacientes ingresados, puesto que únicamente se encontrarían en ellas los más agudos<sup>93</sup>.

Sin embargo, pueden destacarse argumentos que ponen en entredicho la pertinencia de aplicar esta medida a pacientes psiquiátricos<sup>94</sup>:

(I) Se pierde la alianza que existe entre el paciente y el médico. Al establecerse un tratamiento ambulatorio, aunque el facultativo sigue realizando revisiones periódicas del estado de salud del enfermo mental, el seguimiento que realiza no es tan intenso como aquel que se da en el supuesto de internamiento. Al no encontrarse el enfermo en contacto tan directo y continuado con el facultativo, la evolución de la enfermedad es más complicada de percibir, así como los posibles brotes agudos que puede sufrir el paciente fuera de las unidades hospitalarias y que el especialista desconoce.

(II) Formalizar esta modalidad de tratamiento puede hacer que se generalice y se aplique en supuestos en los que sería más conveniente el internamiento únicamente para reducir costes sanitarios.

---

<sup>91</sup> Gil, B. G. (2013). Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética. *Revista de Bioética y Derecho*, 109-121.

<sup>92</sup> Barrios Flores, L. (2004). El Tratamiento Ambulatorio Forzoso: experiencias del derecho comparado y propuesta de regulación en España. *Área de Derecho Administrativo*.- Universidad de Alicante, 143.

<sup>93</sup> Portero, G. (2010). Tratamiento ambulatorio involuntario de carácter civil. Una revisión. *Cuaderno de Medicina Forense*, 87-97.

<sup>94</sup> Gil, B. G. (2013). Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética. *Revista de Bioética y Derecho*, 109-121.

## **5.4 Supuestos en los que resulta pertinente la aplicación del TAI.**

Tras haber definido tanto los argumentos favorables como contrarios a esta medida de tratamiento, puede concluir el presente estudio que el Tratamiento Ambulatorio Involuntario es una medida terapéutica cuya aplicación resulta apropiada para pacientes psiquiátricos siempre que se cumplan una serie de requisitos relativos a la situación en la que se ha de aplicar y a las características concretas que el paciente ha de reunir.

### **5.4.1 Requisitos relativos a la situación del paciente.**

El presente estudio ha encontrado apropiado imponer el tratamiento involuntario forzoso únicamente en dos situaciones:

(I) Cuando el paciente es recibido en la unidad psiquiátrica del centro hospitalario y cumpliendo los requisitos relativos al internamiento involuntario, los facultativos consideran que la recuperación del paciente es posible sin necesidad de internamiento sino aplicándole la medida de tratamiento forzoso. Se trata de un supuesto en el que se establece esta medida como alternativa al internamiento debido a que los facultativos consideran que su recuperación es posible sin necesidad de privar al sujeto de su derecho a la libertad, bastando con restringérsela.

(II) Cuando tras un periodo de hospitalización, el paciente se encuentra lo suficientemente estable como para seguir privándole completamente de su libertad pero resulta necesario imponerle tratamiento de manera forzosa para su recuperación.

Estas son las dos únicas situaciones en las que sería apropiado imponer esta medida y en ningún caso debe imponerse en aquellos supuestos en los que el facultativo no considera necesaria su aplicación, como estrategia para controlar a aquellos que debido a que padecen una enfermedad mental pueden en un brote de su enfermedad atentar contra la seguridad de los ciudadanos. Y es que en estos casos, se estaría desvirtuando la finalidad terapéutica de la medida adquiriendo única y exclusivamente un propósito de seguimiento y control. Resulta preciso a este respecto atender a las palabras de Rodrigo Bercovitz que afirmaba que *“el enfermo mental es en primer lugar un ciudadano, en segundo lugar un ciudadano enfermo y en tercer lugar un ciudadano afectado por un tipo de enfermedad peculiar. Es decir, sujeto de derechos por su condición de persona, anterior a la de enfermo, a quien también le corresponden obligaciones”* y que *“los*

*conflictos jurídicos que pueden surgir en torno a una persona aquejada de enfermedad mental han de resolverse partiendo de que es un ser humano, titular de derechos y, en mayor o menor medida, centro de imputación de responsabilidades”<sup>95</sup>. Se hace necesario, de este modo, tener en cuenta que los enfermos mentales gozan de los mismos derechos y libertades que el resto de los ciudadanos, por lo que el establecimiento de medidas que limitan sus derechos sin su consentimiento, se encuentra únicamente justificado si es en su propio beneficio, no como medida para tener todos los actos que los enfermos mentales realizan bajo control.*

#### ***5.4.2. Características de los pacientes a los que se ha de aplicar la medida.***

Es importante tener en cuenta que es apropiado aplicar el TAI como una alternativa a internar o a prolongar el internamiento del paciente únicamente a enfermos psiquiátricos determinados que no presenten una sintomatología violenta o agresiva y que tengan la capacidad de vivir en sociedad sin alterar el orden público.

A este respecto, tal y como hemos mencionado antes, en ningún momento se ha de imponer una medida que limita sus derechos a un paciente que no precisa de tratamiento involuntario únicamente por motivos seguridad. Sin embargo, una vez que el paciente necesita ser sometido a un tratamiento forzoso para su curación, solo se le impondrá el régimen ambulatorio en sustitución del internamiento cuando éste no pueda provocar una alteración de la seguridad de los ciudadanos con los que convive.

#### **5.5. El tratamiento involuntario ambulatorio como medida menos lesiva de los derechos que el internamiento.**

Tras analizar los aspectos fundamentales del TAI y determinar que resulta apropiada su aplicación en determinados pacientes psiquiátricos, hemos de detallar si la medida es menos lesiva para los derechos fundamentales que el internamiento. En caso de serlo, hemos de prevalecer su aplicación en detrimento del internamiento en aquellos supuestos en los que se ha determinado que el TAI es una medida apropiada para tratar a este tipo de pacientes.

---

<sup>95</sup> Álvarez, O. G. (2006). El Tratamiento Ambulatorio Involuntario de los Enfermos Mentales: el trasfondo de un prolongado debate. Portularia. Universidad de Huelva , 13.



Ambas medidas inciden en el derecho fundamental a la libertad del paciente. Mediante el internamiento involuntario la privación de este derecho es absoluta, en tanto en cuanto el individuo permanece durante un periodo de tiempo más o menos extenso encerrado en la unidad psiquiátrica del centro sin contacto con el exterior e incluso en ocasiones, aislado del resto de pacientes.

Mediante la aplicación de la medida del tratamiento ambulatorio involuntario, el derecho a la libertad también se ve limitado, especialmente el derecho a la libertad del movimiento. De este modo, el paciente ve restringida su libertad, pero no queda totalmente privado de ella. El margen de libertad dependerá de las características concretas del tratamiento, sin embargo, existen tratamientos ambulatorios en los que debido a la colaboración familiar que los enfermos poseen, se basan únicamente en la obligación de acudir con cierta periodicidad a las unidades de tratamiento pertinentes.<sup>96</sup>

Puede el estudio afirmar, por tanto, que el internamiento involuntario es más lesivo del derecho a la libertad del paciente que el TAI y es que tal y como se afirma en el auto del juzgado de primera instancia Nº 8 de Gijón, de 4 de mayo de 2012 *“no es menos respetuoso con la libertad, la voluntad y la dignidad de la persona el proceso del TAI, que privar totalmente a una persona de su capacidad o someterla en contra de su voluntad a un internamiento forzoso”*<sup>97</sup>.

Otro de los Derechos Fundamentales que puede verse afectado mediante la aplicación de estas medidas, es el derecho a la integridad física, puesto que ambas implican en ocasiones la prescripción de tratamientos farmacológicos o en el caso del internamiento, el sometimiento al paciente a técnicas de contención. A este respecto, únicamente podría valorarse la existencia de una mayor lesividad en el tratamiento ambulatorio cuando éste implicara la necesidad de tratamiento farmacológico y la medida de internamiento alternativa, no. En este supuesto, el tratamiento involuntario ambulatorio incidiría tanto en el derecho a la libertad como a la integridad física del paciente, mientras que el internamiento solo sería lesivo para la libertad. Esta situación, sin embargo, carece de sentido en la práctica puesto que resultan escasas las situaciones

---

<sup>96</sup> Hospital Universitario la Moraleja: tratamientos ambulatorios. Obtenido el 1 de abril de 2019 de: <https://www.hospitallamoraleja.es/es/pacientes-tratamientos-ambulatorios.php>

<sup>97</sup> Auto del Juzgado de Primera Instancia Nº 8 de Gijón, de 4 de mayo de 2012.

en las que una medida de internamiento que no precisa de tratamiento farmacológico pueda verse sustituida por un tratamiento involuntario ambulatorio que lo necesite.

### **5.6. Procedencia de incorporar la figura del tratamiento involuntario ambulatorio a la propuesta de regulación**

Tal y como se ha demostrado mediante el estudio, el TAI de pacientes psiquiátricos resulta una medida más apropiada que el internamiento siempre y cuando el cuadro sintomático del paciente no presente una actitud violenta para con el resto de ciudadanos con los que convive. Sin embargo, no procede incluir un precepto que regule el Tratamiento Ambulatorio Involuntario exclusivamente para pacientes psiquiátricos debido a los motivos que siguen.

Si se incluyera un procedimiento de tratamiento ambulatorio involuntario para pacientes psiquiátricos, nos encontraríamos con la misma problemática que la expuesta en relación con el internamiento involuntario. Serviría de cajón de sastre para aplicar la medida a los enfermos psiquiátricos por el mero hecho de serlo sin valorar su capacidad para consentir y se incumplirían los requisitos formales del procedimiento por tener la concepción de que los enfermos mentales se encuentran alejados de lo que acontece a su alrededor. Pero lo más importante, recibiría abundantes críticas por la posible contradicción entre la regulación y el CoDPD que haría que si las dos anteriores propuestas de regulación no prosperaron, tenga esta última incluso menos posibilidades de recibir los apoyos necesarios para su aprobación.

Una regulación genérica de Tratamiento Involuntario Ambulatorio salvaría, al igual que ocurría con los internamientos, los problemas descritos. Si bien es cierto que carecería de sentido imponer dicho tratamiento a quien padece enfermedades infecto-contagiosas puesto que estaría en contacto directo con la sociedad, sí podría imponerse a otro tipo de pacientes.

La propuesta elaborada por el estudio, considera, por tanto, acertada la modificación del artículo 763 de la LEC regulando un procedimiento de internamiento involuntario y de tratamiento ambulatorio involuntario de carácter genérico para todo tipo de pacientes.

De este modo, se promovería la aplicación de la medida de TAI, menos lesiva de los Derechos Fundamentales de los pacientes psiquiátricos que el internamiento, al contar el ordenamiento jurídico español con un precepto que habilite expresamente la adopción de esta medida y regule su procedimiento. Cabe destacar que hasta el momento se estaba aplicando el precepto relativo al internamiento involuntario para fundamentar la aplicación del TAI al considerarse una medida más beneficiosa y menos lesiva para los derechos de los pacientes psiquiátricos tal y como se observa en el ya mencionado Auto del juzgado de primera instancia N° 8 de Gijón, de 4 de mayo de 2012.

## 6. CONCLUSIONES.

Tal y como puede extraerse del estudio realizado, la concepción del paciente psiquiátrico ha ido evolucionando a lo largo de la historia. Mientras que comenzó concibiéndose como un sujeto peligroso para la sociedad, ha terminado por formar parte de una categoría más de entre los distintos tipos de enfermos existentes. Esta categoría ha sido, sin embargo, tratada de manera distinta con respecto a las restantes debido a la peculiaridad de las características que posee, especialmente en lo respecta a la capacidad para consentir la aplicación por parte del facultativo, de la medida terapéutica más adecuada para su curación.

En aras de proteger a este tipo de pacientes, más vulnerables en comparación con el resto, se han desarrollado distintas técnicas para garantizar que puedan recibir el tratamiento más beneficioso para su curación en aquellos supuestos en los que debido a su estado psíquico, no son capaces de percibir la realidad y la pertinencia de someterse al tratamiento. Estas técnicas, implican, sin embargo, el sometimiento involuntario del paciente a medidas de tratamiento e internamiento incidiendo directamente en los derechos fundamentales de dichos pacientes. Se hace preciso, por tanto, que dichas medidas involuntarias se lleven a cabo cumpliendo con un procedimiento regulado en el que se cumplan las garantías que exige la Constitución.

El ordenamiento jurídico español cuenta con un procedimiento relativo al internamiento involuntario tanto ordinario como urgente de pacientes psiquiátricos en el artículo 763 de la LEC. Este procedimiento, sin embargo, ha suscitado, desde su promulgación, no poca polémica. En primer lugar, por haber estado quince años regulado mediante Ley Ordinaria cuando al verse afectados directamente los Derechos Fundamentales de los pacientes psiquiátricos, la regulación correspondiente es una Ley Orgánica. En segundo lugar, por el incumplimiento continuado de las garantías establecidas en él cuando se procede a su aplicación, dando lugar a distintos pronunciamientos del máximo garante de los Derechos Fundamentales de la Constitución como es el TC, exigiendo su cumplimiento. Finalmente, porque tras la promulgación de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, Convención ratificada por España, se reconoce la igualdad absoluta entre los discapacitados (incluidos los discapacitados psíquicos) y el resto de personas. Este deber de igualdad, cuestiona el posible tinte discriminatorio que puede poseer un procedimiento privativo de libertad

únicamente aplicable a quien padece un “trastorno psíquico”, dando lugar, de este modo, a una contradicción entre ambos preceptos. A este respecto, no considera este estudio que el procedimiento regulado en la LEC sea incompatible con la CoDPD puesto que no priva al discapacitado de su libertad por el mero hecho de serlo, sino por la incapacidad para consentir que tienen un número reducido de ellos. Sin embargo, resulta incompatible con la Convención el uso que se ha hecho de estas medidas involuntarias en la práctica, quedando recogido un procedimiento limitativo de los derechos de los discapacitados mediante Ley Ordinaria durante años y obviando multitud de garantías recogidas en el procedimiento exigidas por la Constitución.

Por tanto, considera este estudio pertinente la modificación del artículo 763 de la LEC, incluyendo en él un procedimiento de internamiento involuntario aplicable a todo tipo de pacientes y que cumpla con las garantías establecidas en la Constitución. De este modo, si se empieza a concebir la aplicación de este procedimiento como cualquier otro dentro de la práctica médica diaria, se respetarán los requisitos exigidos al igual que se hace con cualquier otro tratamiento.

Por otro lado, considera el estudio que el Tratamiento Involuntario Ambulatorio de pacientes psiquiátricos resulta una medida más apropiada que el internamiento involuntario, en aquellos supuestos en los que el paciente no presenta una sintomatología agresiva, por ser menos lesivo de sus Derechos Fundamentales.

Por ello, resulta pertinente incluir en la propuesta de modificación del artículo 763 de la LEC un precepto relativo al Tratamiento Involuntario, no de manera específica para pacientes psiquiátricos ya que nos encontraríamos con una problemática análoga a la del internamiento, pero sí de carácter general para todo tipo de pacientes.

Mediante la modificación del artículo, los enfermos psíquicos podrían quedar sometidos a internamiento o tratamiento involuntario de la misma manera que cualquier otro enfermo, técnica legislativa que serviría para concienciar a la sociedad de que los enfermos mentales poseen los mismos derechos que cualquier otro tipo de paciente.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

### **Legislación.**

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01). DOUE de 18/12/2000, C 364/9.

Constitución Española. BOE núm. 311, de 29/12/1978.

Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. BOE núm. 96, de 21 de abril de 2008.

Instrumento de Ratificación 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. BOE núm. 251, de 20 de octubre de 1999, páginas 36825 a 36830.

Instrumento de Ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950, y enmendado por los Protocolos adicionales números 3 y 5, de 6 de mayo de 1963 y 20 de enero de 1966, respectivamente. BOE núm. 243, de 10 de octubre de 1979, páginas 23564 a 23570.

Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. BOE núm. 103, de 30 de abril de 1977, páginas 9337 a 9343.

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. BOE núm. 274, de 15/11/2002.

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE núm. 7, de 08/01/2000.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm. 281, de 24/11/1995.

Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE núm. 175, de 23 de julio de 2015, páginas 61871 a 61889.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE núm. 15, de 17/01/1996.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29/04/1986.

Ley 13/1983, de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil en materia de tutela. BOE núm. 256, de 26 de octubre de 1983, páginas 28932 a 28935.

Ministerio de la Gobernación: Decreto de 3 de julio de 1931. Gaceta de Madrid, núm. 188, de 7 de julio de 1931.

Ministerio de la Gobernación: Real Decreto de 19 de mayo de 1885. Gaceta de Madrid, núm. 141, de 21 de mayo de 1885.

Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. Gaceta de Madrid núm. 206, de 25/07/1889.

Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, de la Asamblea General de la ONU, por la que se aprueban principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.

### **Pronunciamientos judiciales.**

Auto del Juzgado de Primera Instancia N° 8 de Gijón, de 4 de mayo de 2012.

Sentencia del Tribunal Constitucional de 14 de marzo 50/2016.

Sentencia del Tribunal Constitucional de 15 de febrero 22/2016.

Sentencia del Tribunal Constitucional de 1 de febrero 13/2016.

Sentencia del Tribunal Constitucional de 2 de julio 141/2012.

Sentencia del Tribunal Constitucional de 2 de diciembre 132/2010.

Sentencia del Tribunal Constitucional de 2 de diciembre 131/2010.

Sentencia del Tribunal Constitucional de 1 de julio 129/1999.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 4 de diciembre de 2018, demandas nos. 10211/12 y 27505/14, caso Inseher c. Alemania.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 19 de febrero de 2018, demanda no. 75450/12, caso MS c. Croacia.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 28 de noviembre de 2017, demanda no. 59152/08, caso N. c. Rumanía.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 4 de abril de 2014, demanda no. 9139/08, caso VK c. Rusia.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 9 de enero de 2018, demanda no. 43977/13, caso Kadusic c. Suiza.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 4 de junio de 2014, demanda no. 6281/13, caso Petschulies c. Alemania

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 28 de noviembre de 2013, demanda no. 7345/12, caso Glien c. Alemania.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 17 de enero de 2012, demanda no. 36760/06, caso Stanev c. Bulgaria.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 14 de febrero de 2012, demanda no. 13469/06, caso D.D. c. Lituania.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 13 de enero de 2011, demanda no. 17792/07, caso Kallveit. c. Alemania.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 27 de marzo de 2008, demanda no. 44009/05, caso Shtukaturon c. Rusia.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 18 de febrero de 2014, demanda no. 8300/06, caso Ruiz Rivera c. Suiza.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 28 de octubre de 2003, demanda no. 58973/00, caso Rakevich c. Rusia.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 5 de octubre del 2000, demanda no. 31365/96, caso Varbanov c. Bulgaria.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 27 de septiembre de 1990, demanda no. 12535/1986, caso Winterwerp c. Países Bajos.

#### **Artículos académicos e informes.**

Álvarez, O. G. (2006). El Tratamiento Ambulatorio Involuntario de los Enfermos Mentales: el trasfondo de un prolongado debate. *Portularia*. Universidad de Huelva, 13.

Barrios Flores, L. (2012), “La regulación del internamiento psiquiátrico involuntario en España: carencias jurídicas históricas y actuales”, *Derecho y Salud*, 22.

Barrios Flores, L. (2010). *Derechos Humanos y Salud Mental en Europa*. Norte de salud mental vol. VIII, nº 36: 55-67.

Barrios Flores, L. F. (2004). El Tratamiento Ambulatorio Forzoso: experiencias del derecho comparado y propuesta de regulación en España. *Área de Derecho Administrativo*.- Universidad de Alicante, 143.

Barrios Flores, L. (2003). Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. *Derecho y Salud*, Vol. 11, Nº2, 141-164.

Blanco, M. I. (2017). Internamiento no voluntario del paciente psiquiátrico: normas legales y aspectos críticos. *Semergen: Sociedad española de Médicos de Atención Primaria*, p. 125.

Cobo, F. G.-C. (2010). *Guía de Atención Urgente sobre Enfermedad Mental*. Córdoba: Defensor de la Ciudadanía de la provincia de Córdoba.

Council of Europe: Draft Additional Protocol concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder with regard to involuntary placement and involuntary treatment, 23 de mayo de 2018.



- Council of Europe: Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder, 22 de septiembre de 2004.
- Council of Europe, Recommendation Rec(2009)3 of the Committee of Ministers to member states on monitoring the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder, 20 de mayo de 2009
- Council of Europe (Parliamentary Assembly) (2016). Recommendation 2091: The case against a Council of Europe legal instrument on involuntary measures in psychiatry.
- Duro, E. G. (2002). Concepto actual de locura y las nuevas formas de tratamiento. *Norte de Salud Mental* nº15, 13.
- ENNHRI (2018). Statement on the Draft Additional Protocol to the Oviedo Convention.
- Fernández, G. V. (2015). Régimen jurídico del tratamiento forzoso. *Universidad de Barcelona*, 144-166
- Franco Roteili, O. d. (1987). Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los «países avanzados»). *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, pp. 167-176.
- Gil, B. G. (2013). Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética. *Revista de Bioética y Derecho*, 109-121.
- Lugon, M. C. (2006). *Lo Saludable: Una Propuesta para la Comprensión*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Marcos, C. E. (2007). Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario. *CERMI*, 324.
- Molina de Borbón, M. (2015). *Internamiento psiquiátrico involuntario*. Madrid: Universidad San Pablo CEU.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU): Steering Committee on Bioethics, Statement on the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CDBI/INF (2011) 10, November 2011.
- Plumed Domingo, J. (2005). La clasificación de la locura en la psiquiatría española del siglo XIX. *Asclepio* vol. 57, 223-253.
- Portero, G. (2010). Tratamiento ambulatorio involuntario de carácter civil. Una revisión. *Cuaderno de Medicina Forense*, 87-97.
- Urbaneja, F. S. (1995). *El Ingreso Psiquiátrico: problemas que plantea el ingreso involuntario*. Estudios del Ministerio Fiscal III, Ministerio de Justicia.

## **Libros.**

- Delgado Bueno, S., Rodríguez Pulido, F., González de Rivera, J.L., Aspectos médico-legales de los internamientos psiquiátricos, Delgado Bueno, S., Rodríguez Pulido, F., González de Rivera, J.L., Psiquiatría Legal y Forense, Colex, Madrid, 1994, p.3.
- Germán Urdiola, M. (2012). Tratamientos involuntarios y enfermedad mental. Pamplona: Aranzadi.
- González Morán, L. (2005). Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. En J. Martínez, SJ, Exclusión social y discapacidad. Dilemas éticos de la deficiencia mental (págs. 108-110). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Szasz, T., El mito de la enfermedad mental, Amorrortu, Buenos Aires, 1994, p.6
- Villasante, O., & Candela, R. (2015). El manicomio de Leganés en los albores del siglo XX: José Salas y Vaca como jefe facultativo. En Locuras, cultura e historia (págs. 67-85). Tarragona: Publicacions Universitat Rovira I Virgili.

## **Prensa y documentos de internet.**

- Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (AVIFES): Enfermedad mental. Obtenido el 8 de febrero de 2019 de <https://avifes.org/enfermedad-mental/>
- CERMI Semanal: El CERMI y Salud Mental España exigen al Gobierno que se oponga al Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo por ser contrario a los derechos humanos. <http://semanal.cermi.es/noticia/CERMI-SALUD-MENTAL-ESPANA-exigen-Gobierno-oponga-Protocolo-Adicional-Convenio-Oviedo-contrario-derechos-humanos.aspx>
- Comité de Bioética de Cataluña: Posicionament del Comitè de Bioètica de Catalunya respecte del “Protocol Adicional al Conveni d’Oviedo sobre Drets Humans i Biomedicina sobre la protecció dels drets humans i la dignitat de les persones amb trastorns mentals respecte a ingressos i tractaments involuntaris” que proposa el Comitè de Bioètica del Consell d’Europa, [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_Sistema\\_de\\_salut/CBC/recursos/documents\\_tematica/protocol\\_cbc\\_consell\\_Europa.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/protocol_cbc_consell_Europa.pdf)
- Comunidad Autónoma de Madrid. Servicios de Información. Obtenido el 12 de febrero de 2019 de Salud, Salud Mental: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/salud-mental>
- Comunidad de Madrid. Servicios de Información. Obtenido el 12 de febrero de 2019 de Asuntos sociales. Red de Atención Social a personas con enfermedad mental.: <http://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/red-atencion-social-personas-enfermedad-mental>

- Europe, C. o. (10 de noviembre de 2018). Página web del consejo de Europa. Recuperado el 10 de noviembre de 2018, de Síntesis del Consejo de Europa: <https://www.coe.int/es/web/about-us/who-we-are>
- Hospital Universitario la Moraleja: tratamientos ambulatorios. Obtenido el 1 de abril de 2019 de: <https://www.hospitallamoraleja.es/es/pacientes-tratamientos-ambulatorios.php>
- Human Rights Watch: Council of Europe: A Threat to Rights of People With Disabilities. 21 de noviembre de 2018. <https://www.hrw.org/news/2018/11/21/council-europe-threat-rights-people-disabilities>
- Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: salud mental. Obtenido el 8 de febrero de 2019 de [https://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](https://www.who.int/topics/mental_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2015). A nivel mundial, el personal sanitario y los fondos destinados a la salud mental siguen siendo escasos. Nota para los medios de información: Ginebra. Obtenido el 8 de febrero de 2019 de <https://www.who.int/es/news-room/detail/14-07-2015-global-health-workforce-finances-remain-low-for-mental-health>
- Statista: el portal de estadísticas. Salud e industria farmacéutica: estado de salud. Porcentaje de población diagnosticada con enfermedades mentales en España en 2018, por grupos de edad. Obtenido el 8 de febrero de 2019 de <https://es.statista.com/estadisticas/577757/prevalencia-de-las-enfermedades-mentales-en-espana-por-grupos-de-edad/>
- Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Salud Madrid. Obtenido el 12 de febrero de 2019 de Guía de Recursos de Atención a la Salud Mental: [http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/asis/guia\\_recursos\\_act-junio-2018\\_.pdf](http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/asis/guia_recursos_act-junio-2018_.pdf)

