

# **El internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico: la evolución de la regulación en el ordenamiento español**

**Autor:** *Lorenzo Marroig Pol*  
Cuerpo Jurídico Militar

## **Resumen**

En este trabajo se analiza la evolución de la normativa del internamiento de los enfermos con trastorno psíquico en el ordenamiento jurídico español, que ha pasado de una caracterización sustancialmente administrativa a un sistema de riguroso control judicial. El internamiento psiquiátrico, como medida terapéutica, incide en el derecho fundamental a la libertad. Por tal motivo, se tienen presentes las previsiones de la Constitución española de 1978, los instrumentos internacionales en la materia, y fundamentalmente en el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales de 1950, y la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Se examina la normativa aplicable, la doctrina y la jurisprudencia. De este análisis se desprende el notable avance legislativo de la regulación del internamiento psiquiátrico y se apuntan algunas de las cuestiones que siguen encontrándose pendientes.

*Palabras clave:* derecho fundamental a la libertad, enfermedad mental, internamiento psiquiátrico, control judicial.

### **Abstract**

This paper analyses changes in legislation regarding the commitment of persons suffering from mental illness in the Spanish legal system, which has evolved from being largely an administrative proceeding to a proceeding subject to rigorous legal controls. Psychiatric commitment, as a therapeutic measure, affects the fundamental right to freedom. For this reason, the provisions in the Spanish Constitution of 1978, international instruments on this matter and fundamentally the 1950 European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms as well as case law developed by the European Court of Human Rights must be taken into account. This paper examines applicable legislation, doctrine and legal precedents. The analysis reveals the significant legislative progress that has been made in the regulation of psychiatric commitments and points out some unresolved issues in this area.

*Key words:* fundamental right to freedom, mental illness, psychiatric commitment, judicial control.

Recibido: 22-03-2012

Aceptado: 19-04-2012

---

## **I. Enfermedad mental y Derecho: reflexiones preliminares**

La que tradicionalmente se ha denominado enfermedad mental<sup>1</sup> ha venido siendo tratada, en muchos aspectos y con cierta frecuencia, en el ámbito jurídico, como un tema menor o marginal.

Ello se debió, en algún momento, no sólo al desinterés de la opinión pública hacia la enfermedad mental, pese a constituir una problemática social grave y compleja, sino, también, incluso a las circunstancias políticas del momento<sup>2</sup>. El transcurso de los

---

<sup>1</sup> Debe señalarse, no obstante, que el término «enfermedad mental», en la actualidad, se critica en ciertos ámbitos científico-técnicos y profesionales, al considerarse más adecuado el término «trastorno mental». El término «enfermedad mental», no obstante, sigue utilizándose para los trastornos de cierta gravedad (vid., en este sentido, el comentario de González Granda, P, Régimen Jurídico de la protección de la discapacidad por enfermedad mental, Madrid, 2009, p. 13, nota 4).

<sup>2</sup> Salas Hernández, J., recensión a la obra *La marginación de los locos y el Derecho*, Madrid, 1976, de Bercovitz y Rodríguez-Cano, R., *Revista Española de Derecho Administrativo*, 12/1977, p. 186. En efecto, según ha reconocido la propia doctrina en este autor, «las características de nuestro ordenamiento, unidas a la censura (tanto la institucionalizada como la «difusa») y a la autocensura, incluso», que durante el franquismo, en contraste con otros países, hicieron que «el estudio jurídico de las libertades públicas» estuviera, «prácticamente,

últimos decenios, una, en cierta medida, nueva sensibilidad social<sup>3</sup> y, fundamentalmente, la entrada en vigor de la Constitución de 1978, han supuesto un renovado interés del legislador y de la doctrina hacia el régimen del enfermo mental<sup>4</sup>.

Debe tenerse presente, por lo demás, la evolución de las posturas médicas y científicas que, dejando de lado los antiguos manicomios -verdaderos asilos-<sup>5</sup>, han pasado a defender concepciones más modernas que buscan la integración del enfermo mental en la vida social<sup>6</sup>, y, llegados a este punto, la dificultad inherente del estudio de la enfermedad mental, al tratarse de una materia a caballo entre la medicina y el dere-

---

abandonado entre nosotros hasta tiempos muy recientes”, y, en “una relación directa entre el panorama descrito -relativo a las libertades públicas, es decir, y simplificando, sin duda, las cosas, libertades individuales o colectivas frente al Estado-”, que “el estudio de otro tipo de libertades de la persona” tampoco recibiera la atención, entre las que, inevitablemente, se encontraba, pese a su intrínseca relevancia y afectar a un número ciertamente elevado de personas, “la libertad personal de los enfermos mentales”.

<sup>3</sup> Ello se refleja en la existencia de asociaciones como ADEMM Usuarios de Salud Mental de Catalunya, o la Federación Madrileña de Asociaciones pro salud mental FEMSAN (Ferrer i Pinyol, A., Masip i Quintana, J., y Rodríguez Piña, M., “Qué esperan los “enfermos mentales” de los jueces”, la Confederación española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES) (González Álvarez, O., “El tratamiento ambulatorio involuntario de los enfermos mentales. El trasfondo de un prolongada debate”. Vid. La respuesta judicial ante la enfermedad mental, op.cit.

<sup>4</sup> El término «enfermo mental», al igual que el de «enfermedad mental», lo utilizamos siguiendo lo que ha venido siendo el uso tradicional, sin ánimo peyorativo alguno. Coincidimos con la doctrina (vid., García García, L., “Enfermedad mental e internamientos psiquiátricos”, La respuesta judicial ante la enfermedad mental, Estudios de Derecho Judicial, 92, Ventura Mas, S. y Santos Urbaneja, F. (dir.), Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2006, p. 74), en la necesidad de “abandonar la presión “es un enfermo mental”, sustituyéndola por “persona con enfermedad mental”... La utilización del verbo ser implica identificar la persona con la enfermedad; es tanto como decir que la enfermedad le es inherente. Tener o estar son términos menos comprometidos, que implican algo accidental y ocasional, no consustancial a la persona”.

<sup>5</sup> Cobreros Mendazona, E., “Aspectos jurídicos del internamiento de los enfermos mentales”, Revista de Administración Pública, núm. 94, enero-abril 1981, p. 139. Expresiva fue la Instrucción General para Subdelegados de Fomento, de 30 de noviembre de 1833. En relación a España, como rasgos característicos de la asistencia a los enfermos mentales, se destacaron la insuficiente formación de los técnicos sanitarios en salud mental y asistencia psiquiátrica; la inexistencia de un plan o programa general de formación; la falta de recursos económicos; el carácter primordial benéfico y custodial o asilar de la asistencia psiquiátrica; un completo abandono de las funciones preventivas y rehabilitadoras; una asistencia extrahospitalaria casi inexistente; la falta de centros especializados; la falta de programa sanitario o política de actuación en salud mental y asistencia sanitaria, y falta de coordinación de las Administraciones públicas participantes en esa asistencia (Barcia Salorio, D., y Martínez Pardo, F., en Ruiz Ogara, C., et als., Psiquiatría, Barcelona, 1982, pp. 531 y 532).

<sup>6</sup> Cobreros Mendazona, E., “Aspectos jurídicos del internamiento de los enfermos mentales”, op.cit., p. 139. Esta integración del enfermo mental en la vida social (que en su concepción más radical, derivó, en su momento, en los años 70, en el denominado movimiento antipsiquiátrico y, en la práctica, en un proceso de “desinstitucionalización”, defendido por un sector de la psiquiatría) se refleja en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que dedica un capítulo al tema “De la salud mental”. Esta Ley, en su artículo 20, dispuso la “plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general”. Este precepto fue interpretado en el sentido de que proponía “simple y llanamente la desaparición de los centros psiquiátricos, en tanto establecimientos especializados a atender a un determinada clase de enfermos” (García-Ripoll Montijano, La protección civil del enfermo mental no incapacitado, Barcelona, 1982, p. 93). En el marco de la previsión de la disposición transitoria quinta de la citada Ley General de Sanidad, en la que se estableció que “la extensión de la asistencia sanitaria pública a la que se refieren los artículos 3.2 y 20 de la presente Ley, se efectuará de forma progresiva”, en 1987, se creó una Comisión de Seguimiento de la Reforma Psiquiátrica. No obstante, actualmente, y en relación “al grupo formado por los pacientes crónicos, es decir, personas con trastornos psíquicos

cho, con las subsiguientes dificultades de unificación conceptual y metodológica, y, desde una perspectiva estrictamente jurídica, el que sea una materia fronteriza entre disciplinas jurídicas distintas -penal, civil, administrativa-, en las que se plantean cuestiones y fundamentalmente relevantes bienes jurídicos en juego (entre ellos, y primordialmente, la libertad del individuo)<sup>7</sup>.

El presente estudio se circunscribirá al análisis de la evolución legislativa que ha tenido lugar en el ordenamiento jurídico español en orden a la regulación de los internamientos involuntarios de los enfermos mentales, esto es, de todos aquellos internamiento de enfermos mentales que se llevan a efecto por la decisión de otras personas diferentes al enfermo mental, y que afecta a la libertad personal, concretamente, la libertad de desplazamiento, así como a la libertad moral, toda vez que al enfermo mental, en la mayoría de los supuestos, se le ha de administrar un tratamiento en contra de su voluntad<sup>8</sup>. Se trata de examinar, en el marco jurídico del derecho privado, el estado de la cuestión, de analizar las innovaciones legislativas que han venido teniendo lugar, y, fundamentalmente, fijar el núcleo mínimo de protección jurídica del internamiento involuntario de los enfermos mentales.

Es preciso significar, finalmente, respecto de los enfermos mentales y el internamiento, la importancia de una debida regulación del tratamiento y de las condiciones de existencia, en el establecimiento de unos parámetros de actuación que, con un mínimo de garantías, tanto en la adopción de la medida de internamiento (como supuesto de restricción de la libertad), como en la efectividad de la medida, sean dignos y respetuosos con los derechos fundamentales, y que, a la vez, sean positivos, a fin de lograr una adecuada reinserción social. No se puede obviar que el enfermo mental es precisamente “un enfermo necesitado de tratamiento adecuado a su dolencia, que los poderes públicos, por mandato constitucional, están obligados a dispensar en todas las esferas de su vida, sin que ello pueda implicar merma ni menoscabo de los dere-

---

que, superadas sus crisis, mantienen síntomas persistentes y limitadores de la capacidad de vivir, colectivo que se encuentra integrado por crónicos externalizados (con estancias largas en hospitales psiquiátricos), y usuarios crónicos de servicios ambulatorios (sin necesidad de ingreso hospitalario”, se está advirtiendo, de manera crítica y “con dureza del riesgo de que este grupo se convierta en el gran problema de la psiquiatría, al ser el cuadro clínico que padecen muy variable, caracterizado por «serios déficits de adaptación social» y «uso inapropiado» de los servicios, con la consiguiente capacidad de generar una sobrecarga de atención/trabajo añadida en los mismos, y con una líneas claras de identificación en su deterioro psicosocial: fuerte descenso de la iniciativa de conducta social espontánea, dificultades para mantener el rendimiento de cualquier actividad, descenso del interés y la motivación, tendencia al aislamiento social y pérdida de los patrones y habilidades sociales” (González Granda, P, Régimen Jurídico de la protección de la discapacidad por enfermedad mental, op.cit., p. 16, nota 6). La polémica en el ámbito de la psiquiatría, así pues, sigue abierta.

<sup>7</sup> Por todos, García García, L., “Enfermedad mental e internamientos psiquiátricos”, La respuesta judicial ante la enfermedad mental, op.cit., p. 73, recuerda el carácter multidisciplinario de la problemática de la enfermedad mental, expresamente reconocida por el propio Tribunal Supremo, en Sentencias de 20 de febrero de 1989 y 20 de marzo de 1991.

<sup>8</sup> Vid., Circular nº 2/1984, de 8 de junio, Fiscalía General del Estado. Vid., también, Tejedor Muñoz, F.J. y Vega Gutiérrez y Pelegrín Martínez Baza, J., Aspectos éticos-jurídicos del internamiento involuntario en centros sanitarios por razones de salud mental. Diario La Ley, 2000, Ref. D-44, Tomo 2, Base de Datos LA LEY.

chos y libertades que como ciudadano le son inherentes por imperativo, igualmente, constitucional”<sup>9</sup>. El examen de esta problemática, en definitiva, debe encontrar su centro de gravedad en el respeto de la dignidad del hombre considerado en sí mismo, que, en definitiva, es el fundamento básico del mundo del derecho y centro de todo progreso social.

Son muchos y diversos los aspectos –incluso exclusivamente en el ámbito del derecho privado-<sup>10</sup> que, estando relacionados con la problemática que se pretende analizar, se quedarán sin examinar; sin embargo, resulta evidente que tal empresa excedería la intención y el objetivo de la presente exposición.

## II. Los antecedentes históricos-legislativos: especial referencia al Decreto del Gobierno Provisional de la República de 3 de julio de 1931

De entre los antecedentes normativos de la materia objeto de estudio, deben destacarse, en el siglo XIX, la Ley de Beneficencia de 1822, donde ya se hablaba de hospitales de locos, que dependían de las Juntas Municipales, y su Reglamento de 20 de junio de 1849, donde se hablaba de los asilos de dementes declarados, pasando por el Real Decreto de 19 de mayo de 1885, sobre el ingreso de enfermos mentales en manicomios del Estado, provinciales y particulares, aclarado por Real Orden de 20 de junio de 1885, en la que se reguló por primera vez y con carácter general el internamiento en centros psiquiátricos, estableciendo una doble vía, según el internamiento fuera provisional o definitivo, y el Real Decreto de 20 de marzo de 1925, donde se recogía la obligación de las Diputaciones Provinciales de sostener las casas de reclusión de dementes pobres. En esta línea cronológica, de entre los antecedentes histórico-legislativos sobre el internamiento civil de los enfermos mentales, debemos destacar, ya en el siglo XX, el Decreto del gobierno provisional de la República de 3 de julio de 1931, sobre asistencia de enfermos psíquicos (Gaceta de Madrid, de 7 de julio de 1931), que fue modificado por el Decreto de 27 de mayo de 1932 (Gaceta de Madrid, de 1 de junio de 1932)<sup>11</sup> y aclarado por la Orden de 30 de diciembre de ese mismo año, por el que se derogó, a su vez, las primeras normas que regularon con carácter general el internamiento en centros psiquiátricos, en concreto, el Real Decreto de 15 de mayo de 1885, por el se aprobó el Reglamento Orgánica para Régimen y Gobierno Interior

<sup>9</sup> Lacaba Sánchez, F., Internamiento de incapaces: Problemática del artículo 211 del Código Civil. Diario La Ley, 1993, Tomo 4, Base de Datos LA LEY.

<sup>10</sup> En el “ámbito estrictamente jurídico”, como recuerda González Granda, P., Régimen Jurídico de la protección de la discapacidad por enfermedad mental, op.cit., p. 73, no sólo “convergen diversas disciplinas jurídica: derecho penal, civil y administrativo”, sino, también, cuestiones de “orden público”, al entrar “en juego derechos fundamentales de la persona, que la Constitución, y, consecuentemente, el Estado, protegen”. En este mismo sentido se encuentra el Informe del Gabinete Técnico del Consejo General del Poder Judicial, de 23 de febrero de 1984, se reseñó, expresamente, que el internamiento “es una medida no afectante exclusiva ni esencialmente al ámbito de las relaciones jurídicas civiles”.

<sup>11</sup> El Decreto de 27 de mayo de 1932 modificó los artículos 9, 10, 12, 13, 22 y 23 del Decreto de 1931.

del Manicomio de Santa Isabel, de Leganés (en su Capítulo IV se reguló la admisión de los enfermos).

El Decreto de 3 de julio de 1931 constituyó, durante más de medio siglo, la regulación fundamental del internamiento de los enfermos mentales, incluso tras la entrada en vigor de la Constitución de 1978, hasta la Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del Código Civil en materia de tutela.

El Decreto de 1931, que surgió con una pretensión de cientifismo, modernidad y eficacia terapéutica<sup>12</sup>, comenzaba afirmando, en su artículo 1, que “todo enfermo psíquico debe recibir en España asistencia médica”, lo que podía hacer bien en el medio familiar, bien en un establecimiento psiquiátrico. Estos establecimientos psiquiátricos, a su vez, podían ser “oficiales”, es decir, dependientes del Estado, Diputación Provincial o Ayuntamiento, o bien “privados”, estos es, de propiedad particular, tanto de carácter laico como religioso (artículo 2). En las siguientes disposiciones generales que completaban el Primer Capítulo se señalaban una serie de requisitos comunes para su funcionamiento (artículo 3); se definía lo que es “servicio abierto” y “servicio cerrado” (artículo 4); se establecía la obligación de que todo establecimiento psiquiátrico contara con un Reglamento propio en el que constara “todo lo referente a régimen interior de los diferentes servicios y a la organización científica y administrativa del personal y sus atribuciones” (artículo 6), y se encargaba a la Dirección General de Sanidad las funciones de “vigilancia e inspección en cualquier momento de todo cuanto se refiere a la asistencia psiquiátrica nacional”, que, por lo que respecta a los hospitales psiquiátricos, “se realizará, por lo menos, anualmente” (artículo 7). Tras estas disposiciones generales, se regulaba el régimen para la admisión en los establecimientos psiquiátricos en el Capítulo II, y la salida de los enfermos de los establecimientos psiquiátricos en el Capítulo III.

De conformidad con el sistema y la terminología del Decreto de 3 de julio de 1931, un enfermo mental podía ingresar en un establecimiento fuera oficial o privado por las siguientes causas: 1) “por propia voluntad”; 2) “por indicación médica”; y 3) “por orden gubernativa o judicial” (artículo 8).

1. El ingreso en establecimiento psiquiátrico por propia voluntad, obviamente, no presentaba especiales problemas; para admitir a una persona en estas circunstancias, el artículo 9 del Decreto de 1931 sólo exigía un certificado médico en el que se indi-

---

<sup>12</sup> El espíritu del Decreto de 1931, según el preámbulo, era: “La asistencia del enfermo psíquico exige en nuestro país, con gran urgencia, una transformación íntegra de la legislación vigente reguladora de las relaciones entre aquél y los establecimientos públicos y privados exclusivamente dedicados a este objeto. Los errores tan fundamentales en las disposiciones hoy en vigor, barreras interpuestas sin justificación social o científica alguna a la rápida asistencia del enfermo psíquico, por una parte, y la cantidad de trabas inútiles y vejatorias para el paciente y sus familiares, por otra, impidiendo asimismo una eficaz actuación profesional, agravada con el concepto equivocado y muy extendido sobre el carácter y funcionamiento de los manicomios, prisiones, más que propias clínicas médicas, requieren e imponen modificaciones inmediatas que, corrigiendo aquella anómala situación, adapten nuestra legislación sin caer en meras copias disposiciones extranjeras en la materia, a la altura que las exigencias de la ciencia psiquiátrica demandan”.

para la conveniencia del ingreso y una declaración firmada por el solicitante en la que constara su deseo de someterse a tratamiento en el establecimiento elegido. La salida o alta de un enfermo ingresado voluntariamente se produciría cuando éste lo solicitara y así lo dispusiera el director del establecimiento (artículo 27, letra a), que tan sólo podía oponerse a tal solicitud de salida o alta en el caso de que el enfermo presentara, “a consecuencia del avance de su enfermedad psíquica, signos de pérdida de la libre determinación de su voluntad y de la autocrítica de su estado morboso, o manifestaciones de peligrosidad” (artículo 11)<sup>13</sup>.

2. El ingreso involuntario del enfermo mental “por indicación médica” tenía que justificarse, según el Decreto de 3 de julio 1931, en alguna de las siguientes razones, a saber: a) enfermedad psíquica que aconsejara su aislamiento; b) peligrosidad de origen psíquico; y c) toxicomanías incorregibles que pusieran en peligro la salud del enfermo o la vida y los bienes de los demás (artículo 10).

Los requisitos formales exigidos para proceder a este internamiento eran los siguientes: a) certificado médico en el que se hiciera constar “la existencia de la enfermedad y la necesidad del internamiento”, exponiéndose “brevemente la sintomatología y el resultado de la exploración somática y psíquica del paciente”; y b) declaración de conformidad y solicitud del ingreso por parte del pariente más cercano, el representante legal o las personas que convivan con el enfermo. En caso de urgencia, se admitía el ingreso inmediato del enfermo en un establecimiento psiquiátrico, sin cumplir estos requisitos, bajo la responsabilidad del médico-director de ese establecimiento (artículo 12). Este supuesto de urgencia era el del loco furioso, es decir, aquél cuyo estado de demencia y peligrosidad era claro y patente (sería, a posteriori del ingreso, cuando se completaran los requisitos señalados en el artículo 10)<sup>14</sup>.

La salida de los enfermos ingresados por “indicación médica” tendría lugar cuando a juicio del médico-director hubiera cesado la indicación de la asistencia en el establecimiento (artículo 27, letra b). No se contemplaba el supuesto de que fuera el propio enfermo quien lo solicitara, aunque, sin embargo, podía ser dado de alta cuando lo solicitaran “los familiares del enfermo o sus representantes legales” en debida forma al director (artículo 27, letra b). En caso de que éste lo considerase contraindicado, aquéllos debían firmar una declaración haciendo constar que, bajo su responsabilidad, y a pesar de la opinión contraria de los facultativos, se llevaban al enfermo. Si la oposición del director se fundase en el “estado de peligrosidad” del enfermo, su salida no

<sup>13</sup> Durante la vigencia del Decreto de 1931, Cobreros Mendazona, E., “Aspectos jurídicos del internamiento de los enfermos mentales”, op.cit., p. 154, señaló que habría sobreentender “también, aunque el texto no lo recoge expresamente, que si el director del establecimiento estima que el enfermo ingresado no necesita ya de la asistencia que allí se le presta, éste habrá de salir del mismo incluso en el hipotético supuesto de que no quisiera hacerlo”.

<sup>14</sup> Cobreros Mendazona, E., “Aspectos jurídicos del internamiento de los enfermos mentales”, op.cit., p. 155, apuntó que el Decreto no exigía que el certificado médico se emitiera por un especialista. No era sorprendente que, en la práctica, ocurriera que “un odontólogo, por ejemplo”, señalara “la necesidad” de “un determinado internamiento” psiquiátrico.



tenía lugar hasta tanto no lo dispusiera la autoridad gubernativa, a quien había de notificarse la solicitud (artículo 27, final).

Efectuado el internamiento, el Decreto establecía, asimismo, una serie de notificaciones a realizar. Así, antes de transcurrir las veinticuatro horas, el director del establecimiento debía comunicar el ingreso al gobernador civil, quien tenía que disponer el reconocimiento del enfermo y remisión del informe correspondiente en el plazo máximo de ocho días, oficiando para ello al Inspector Provincial de Sanidad, el cual designaría al Subdelegado de Medicina del término en que estuviera emplazado el establecimiento, o, en su ausencia, a uno de los funcionarios médicos de la Administración Pública Central, Provincial o Municipal, con residencia, igualmente, en el municipio en que radicara el establecimiento, y en casos especiales a un facultativo que reuniera las condiciones técnicas que exigían las circunstancias (artículo 10, penúltimo párrafo). Además de esta notificación gubernativa, dentro también de las veinticuatro horas que seguían al ingreso del enfermo, el médico-director remitiría al juez de primera instancia de la última residencia del enfermo o, si esta fuera desconocida, al juez de primera instancia del distrito del manicomio, un parte duplicado en el que se hacía constar la filiación del enfermo, y el nombre y domicilio del médico que certificó el ingreso, siendo de obligación del juzgado devolver sellado al establecimiento el ejemplar duplicado al día siguiente de su recepción (artículo 10, *in fine*). Esto se confirmaba al establecerse la obligación de que, en todos los casos de ingreso involuntario, el director del establecimiento debía enviar al juez un informe en el que constaran los resultados del estudio del enfermo ingresado, con la finalidad de dar cuenta al juzgado de primera instancia correspondiente de los síntomas psíquicos que justificaran la permanencia del enfermo en el establecimiento, con objeto de que pudieran ser comprobados, en el caso de denuncia por reclusión ilegal o por orden gubernativa (artículo 22). Debe señalarse que, en este marco, se encontraba establecida, finalmente, una facultad gubernativa de vigilancia, al disponerse que, “en el caso de que el gobernador de la provincia lo considere oportuno” podía, “sin previo aviso, comprobar”, mediante el Inspector Provincial de Sanidad o la persona que él designara, “la situación de cada uno de los pacientes dentro del establecimiento, atendiendo a las posibles denuncias sobre internamiento indebido y transmitiéndolas al juzgado correspondiente”, a fin de exigir, en su caso, “las responsabilidades que señala el Código Penal” (artículo 13)<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> Cobreros Mendazona, E., “Aspectos jurídicos del internamiento de los enfermos mentales”, *op.cit.*, p. 158, añadía en este punto que era “de todo punto insuficiente” esta garantía del Decreto de 1931, toda vez que del tenor literal del artículo transcrito se deducía que, producida una denuncia de internamiento indebido ante el Gobernador Civil, éste ordenaba la comprobación *in situ* del afectado sólo “si lo considera oportuno”. No era de extrañar que se limitara a solicitar informe al director del establecimiento donde se encontraba internado, y, con ese informe, que lógicamente era favorable al internamiento (puesto que en otro caso no se habría admitido al presunto enfermo mental), se cerrase el expediente. Ello resultaba paradójico cuando en el Decreto (artículo 14), había un deseo de orillar inconvenientes procedimentales para formular estas “denuncias por internamiento indebido de presuntos sujetos normales”, para lo que se indicaba que podrían presentarse tanto ante el juez



3. El ingreso “por orden gubernativa” habría de producirse “para la observación” del internado (artículo 16, letra a). La orden gubernativa podía partir del Gobernador Civil o del Jefe de Policía, en las capitales de provincia, y del Alcalde, en el resto de ciudades (artículo 17, aclarado por Orden de 30 de diciembre de 1931). Esta “orden gubernativa” tenía lugar en razón del “estado de peligrosidad para sí o para los demás”, apreciado por un médico, o “cuando a consecuencia de enfermedad psíquica haya peligro inminente para la tranquilidad, seguridad o la propiedad pública o privada, incluso la del propio enfermo”. Al tratarse de la observación del presunto enfermo mental, este tipo de internamiento estaba pensado que fuera de un día de duración; para que la estancia pudiera prolongarse más de veinticuatro horas era necesario un certificado médico expedido por el director del centro y, en caso de duda, por el médico forense. La acción para solicitar de la autoridad gubernativa (así como de la judicial) la orden de ingreso forzoso en un establecimiento público era pública, tramitándose el internamiento de oficio. Bastaba la petición de cualquier persona para decretarse la observación, previo informe médico. No obstante, en caso “de notoria urgencia por inmediata peligrosidad”, se podía ordenar el ingreso gubernativo sin este informe previo (artículo 21).

Todo enfermo mental indigente o de escasos medios de fortuna o que carecía de protección familiar, y cuya psicosis exigiera por su peligrosidad un rápido ingreso en un establecimiento psiquiátrico, se admitía sin dilación alguna en los departamentos de observación habilitados de los hospitales provinciales o municipales, y se consideraba como “caso de urgencia” para los efectos de su ingreso (artículo 12), completándose después los demás requisitos señalados en el artículo 10 (artículo 18).

La salida de los internados “por orden gubernativa”, al igual que los de “por indicación médica”, tendría lugar cuando lo decidiera el director del centro. Debe reseñarse que no se encontraba prevista en el Decreto de 1931 ningún tipo de garantías específicas para esta clase de internamientos.

4. Los internamientos “por orden judicial” tenían lugar “con arreglo al artículo correspondiente del Código Penal vigente” (artículo 16, letra b). Esta orden judicial debía acompañarse de un informe médico indicando con el detalle preciso los resultados del examen psiquiátrico (artículo 20). Se establecía que la salida de los así internados se realizara únicamente con el permiso de la autoridad judicial que decretó el ingreso, a la que debía previamente notificarse la curación (artículo 27, letra c).

Complementando la normativa del Decreto de 1931, durante el transcurso de su vigencia, se encontraba, de otro lado, la Ley 16/1970, de 4 de agosto, de Peligrosidad y Rehabilitación Social, que, manteniendo la vigencia del Decreto de 1931, estableció la posibilidad de que los jueces de instrucción pudieran adoptar como medida de seguridad predelictual el internamiento indefinido de “enfermos y deficientes menta-

---

gado de instrucción de la última residencia del afectado como ante el Gobernador Civil de la provincia en la que se encontrase el establecimiento, para que éstos oficiarán a la autoridad judicial que correspondiera”.

les que por su abandono o por la carencia de tratamiento adecuado signifiquen un riesgo para la comunidad” (artículo 3)<sup>16</sup>. El concepto de peligrosidad empleado por la ley era tan ambiguo que se aplicó por los jueces con criterios más asistenciales que represivos<sup>17</sup>.

De acuerdo con lo expuesto, la normativa del funcionamiento de los establecimientos psiquiátricos, tanto oficiales como privados, y la admisión en ellos de los enfermos psíquicos, así como la salida de los mismos, del Decreto de 3 de julio de 1931, pese a tener, como hemos destacado, una clara pretensión de cientifismo, modernidad y eficacia terapéutica, y suponer un notable avance en la materia, se hacía, no obstante, desde una perspectiva esencialmente, o, incluso, exclusivamente, administrativa, casi sin intervención judicial, al establecerse únicamente, según hemos visto, la obligación del director del centro de comunicar al Juez el internamiento por “indicación médica o por orden gubernativa”, y con un control por un médico de la Junta Provincial de Sanidad.

El Decreto de 1931 presentaba, así pues, una grave deficiencia de fondo, toda vez que admitía el internamiento, y la consiguiente privación de libertad, mediante una mera autorización gubernativa, sin intervención de la autoridad judicial. Ello fue criticado por la generalidad de la doctrina<sup>18-19</sup> y la jurisprudencia (Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de junio de 1990), que no dudaron en señalar que en esa regulación no había una protección jurídica adecuada de las personas frente a internamientos indebidos ni frente al desconocimiento de sus derechos una vez internadas, ni un control jurídico operativo del respeto a la libertad y derechos fundamentales de los internados.

### **III. La Constitución de 1978 y el ordenamiento internacional: los principios rectores del internamiento psiquiátrico**

La necesidad del respeto de los derechos fundamentales consagrados en la Constitución de 1978, entre los que, obviamente, deben destacarse el derecho a no

---

<sup>16</sup> Barreiro, A. J., *Las medidas de seguridad en el Derecho español*, Madrid, 1976, pp. 114 y siguientes. El artículo 3 de la Ley Peligrosidad y Rehabilitación Social se derogó por Ley 77/1978, de 26 de diciembre.

<sup>17</sup> Chimeno Cano, M., *Incapacitación, tutela e internamiento del enfermo mental*, op.cit., p. 200.

<sup>18</sup> Por todos, De Castro, F., *Derecho Civil de España*, II, primera parte, Madrid, 1952, pp. 285-286, o más recientemente Marín López, J.J., “El internamiento de incapaces”, en *Recopilación de Ponencias y Comunicaciones Planes Provinciales y Territoriales de Formación*, año 1993, Consejo General de Poder Judicial, Madrid, 1994, p. 148, citado por González Granda, P., “Régimen Jurídico de la protección de la discapacidad por enfermedad mental”, p. 159, nota 148.

<sup>19</sup> En este sentido, según ha señalado la doctrina, “lo cierto es que la situación en la que se encontraban la mayor parte de los enfermos mentales, al amparo del Decreto de 3 de julio de 1931, era la siguiente: un elevado porcentaje estaba sin incapacitar, reclusos de forma indefinida en hospitales psiquiátricos, sin apenas control por el juez y sin que su situación hubiera sido revisada en ningún momento; la incapacitación y la tutela se reservaban «de facto» para los enfermos con cuantioso patrimonio (González Granda, P., *Régimen Jurídico de la protección de la discapacidad por enfermedad mental*, op.cit., p. 159, nota 148, con cita de Chimeno Cano, M., “El internamiento psiquiátrico forzoso en Cataluña: análisis del art. 225 del Código de familia y la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil”, *Revista Jurídica de Cataluña*, 2001, p. 323).

ser sometido a tratos inhumanos o degradantes, reconocido en el artículo 15; el derecho a la libertad y seguridad previsto en el artículo 17; los derechos fundamentales del enfermo en relación con la protección de la salud contenidos en el artículo 43.1; y la prevención, tratamiento, rehabilitación o integración de disminuidos físicos, sensoriales o psíquicos, recogidos en el artículo 49, a los que hay que añadir la consagración y regulación constitucional del derecho a la igualdad consagrado en el artículo 14 y el derecho fundamental a la tutela judicial efectiva del artículo 24, que son otros tantos axiomas que, con un alcance general, inciden, también, en los internamientos no voluntario por razón de trastorno psíquico<sup>20</sup>.

Cuando se habla de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, inmediatamente, se asocia a la idea de restricción o privación de libertad, olvidándose, a menudo, el carácter de medida asistencial y terapéutica que debe conllevar todo internamiento, al ser, precisamente, este carácter asistencial o terapéutico la justificación esencial que permite lesionar legalmente el fundamental derecho a la libertad, pilar básico sobre el que se asienta la convivencia social, que aparece como una de las “decisiones políticas fundamentales” del vigente ordenamiento (vid., artículo 1.1 de la Constitución, que la propugna como valor fundamental del ordenamiento jurídico, junto con la justicia, la igualdad y el pluralismo político), resulta lógico que se plantee la razón, el por qué, la posibilidad de limitar la libertad de la persona mediante un internamiento psiquiátrico no voluntario.

En este punto, según se ha dicho, procede significar que, para comprender en todo su alcance el impacto de la Constitución española de 1978 en la materia que nos ocupa ha de partirse de la consideración del internamiento, de todo internamiento, como un acto en virtud del cual el internado queda involuntariamente privado de su libertad, en situación análoga (aunque no desde luego idéntica) a los que son reclusos en establecimientos penitenciarios para el cumplimiento de condenas judicialmente impuestas. Esa privación de libertad puede ir acompañada en ocasiones, o suponer de hecho, una restricción en el ejercicio de otros derechos igualmente básicos, tales como el derecho a la libertad de comunicación, el derecho al secreto de la correspondencia postal o telefónica o el derecho a la educación<sup>21</sup>, que, en este aspecto, no son, sino concretas manifestaciones del derecho general a la libertad que aparece consagrado en el artículo 17 del texto constitucional.

De entre los distintos aspectos de la libertad que contemplan la Constitución, nos interesa, a propósito del internamiento involuntario, el recogido en el artículo 17.1, según el cual, “toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y

<sup>20</sup> Vid., García García, L., “Enfermedad mental e internamientos psiquiátricos”, op.cit., pp. 74 y siguientes.

<sup>21</sup> Marín López, J.J., “El internamiento de incapaces”, Recopilación de Ponencias y Comunicaciones Planes Provinciales y Territoriales de Formación, año 1993, Consejo General de Poder Judicial, Madrid, 1994, p. 148, citado por Perdigüero Bautista, “El internamiento por razón de trastorno psíquico tras la Ley Orgánica 1/1996, de protección jurídica del menor”. Diario La Ley, 1996, Ref. D-212, Tomo 3, Base de datos LA LEY.

en los casos y en la forma previstos en la ley”. No cabe duda de que cuando el constituyente elaboró el citado precepto constitucional estaba pensando claramente en la privación de libertad como consecuencia del delito; sin embargo, parece también evidente que cuando una persona es internada por razón de una enfermedad mental se ve afectada en su libertad personal y moral. En todo caso, en el caso del internamiento de los enfermos mentales, la solución requiere una perspectiva más amplia, que permita el examen de la libertad junto con otros bienes de la persona, así como en relación con los bienes jurídicos de terceros. De tal modo que, en caso de conflicto entre distintos bienes jurídicos, debe ser el ordenamiento el que debe decidir, dando, en atención a las circunstancias, primacía a unos bienes sobre otros. La libertad, como cualquier otro bien esencial, no es un valor absoluto, tiene sus límites, que vienen dados, de una parte, por la libertad de los demás, y, de otra, por la protección de otros bienes fundamentales de la misma persona.

Todo ello sin perjuicio añadir, en lo que hace a este punto, la aplicación, en el caso del internamiento no voluntario de los enfermos mentales del procedimiento de *habeas corpus*, previsto en el artículo 17.4 de la Constitución española, para los supuestos de detención ilegal, que se encuentra regulado en la vigente Ley Orgánica 6/1984 de 24 de mayo, de *habeas corpus*<sup>22</sup>.

El internamiento involuntario de los enfermos mentales constituye, por lo demás, uno de los puntos que más reveladoramente saca a la luz la tensión o conflicto latente entre la libertad, por un lado, y la salud o seguridad, por otro, cuya necesidad fue objeto también de especial atención por el constituyente, al recoger en la Constitución, en el artículo 43, un reconocimiento al “derecho a la protección a la salud”, y al señalar, en el artículo 49, que “los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieren y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título (Título Primero, “de los derechos y deberes fundamentales”) otorga a los ciudadanos”. De ahí que, resulte necesario partir del siguiente principio básico: el estado de enfermedad mental es perjudicial para la persona, y la falta de remedio puede llevar a su deterioro progresivo. No olvidemos que la salud es, por lo demás, un bien protegido, incluso a nivel constitucional, pues el citado artículo 43 de la Constitución reconoce “el derecho a la protección de la salud”, respecto al cual el Estado no sólo tiene derecho, sino también el deber de proteger a la persona y tratar de obtener su recuperación, y la finalidad última del internamiento, en razón a la reforma sanitaria, es lograr integración social del enfermo mental, conforme al

---

<sup>22</sup> Debe señalarse que la Ley Orgánica 6/1984 de 24 de mayo, de *habeas corpus*, a los efectos de su aplicación, en el artículo 1, legalmente considera “personas ilegalmente detenidas” a “las que lo fueren por una autoridad, agente de la misma, funcionario público o particular, sin que concurren los supuestos legales o sin haberse cumplido las formalidades prevenidas y requisitos exigidos por las leyes y las que estén ilícitamente internadas en cualquier establecimiento o lugar”.

artículo 49 de la Constitución. En definitiva, desde esta perspectiva, el internamiento involuntario de los enfermos mentales no puede pretenderse tan solo como una medida preventiva y protectora de la comunidad frente a los daños que aquellos puedan causar (finalidad defensiva), sino también una medida beneficiosa para el sujeto (finalidad terapéutica)<sup>23</sup>.

Por último, la medida de internamiento de los enfermos mentales, lícita e incluso debida, al poder afectar profundamente a la persona, ha requerido el establecimiento por el legislador de una serie de garantías formales y materiales (como la autorización judicial, en el marco del derecho fundamental a la tutela judicial efectiva del artículo 24 de la Constitución, y al amparo del artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil), a fin de que la medida adoptada no sea arbitraria.

En este marco, tras la entrada en vigor de la Constitución, el desarrollo legislativo posterior ha modificado radicalmente la situación anterior, principalmente en la letra de las leyes (mucho menos en la realidad de los servicios y de los pacientes), reconociendo al enfermo mental su condición de persona, titular de derechos y eventual sujeto de imputación de responsabilidades, equiparándolo al resto de ciudadanos enfermos y, en su caso, al resto de los minusválidos, discapacitados o dependientes. El espíritu de las nuevas leyes puede tener su síntesis, según se ha dicho, en la siguiente consideración fundamental: “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”.

En el marco de estas previsiones constitucionales, dejando de lado la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en la que se regula el internamiento de enfermos mentales como una de las medidas de seguridad, en respuesta del ordenamiento a aquellos sujetos que, no siendo acreedores a una pena por su falta de capacidad de culpa, la peligrosidad que con su acción demuestran les hace acreedores de esta consecuencia jurídica, o, en el cumplimiento de las penas en establecimientos penitenciarios, la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria y el Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. En el ámbito civil, que es el que ahora nos interesa, debemos destacar la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que supuso la equiparación del enfermo mental al resto de los enfermos, el centrar la asistencia en la comunidad, desarrollando estructuras asistenciales extra-hospitalarias, de rehabilitación y reinser-

---

<sup>23</sup> Esta finalidad terapéutica fue puesta de relieve por Ribera Garijo, E-A., en “Algunas cuestiones sobre el internamiento de enfermos mentales”, *Revista Jurídica de Cataluña*, XC, 1991, pp. 171 y siguientes, al comentar la Sentencia del Tribunal Constitucional 104/1990, de 4 de junio. En ese trabajo se trató, por lo demás, de deslindar el concepto jurídico del internamiento de los de detención ilegal y de reclusión. La conclusión a la que se llegaba era que “la detención es un concepto genérico que abarca al concepto específico de internamiento”. No obstante, aunque “todo internamiento supone una detención pero no toda detención supone un internamiento”. De ahí que “el internamiento se podría definir como la detención que tiene una finalidad terapéutico-asistencial. Huyendo así de la tendencia, tan generalizada, a ver en el internamiento una simple privación de libertad, y la consideración de detención e internamiento como sinónimos”.

ción social, implantar las unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales frente a los hospitales psiquiátricos, especializados o monográficos, y reconocer y explicitar los derechos y deberes de los enfermos, y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Debe tenerse presente, asimismo, lo establecido en los tratados internacionales en materia de derechos fundamentales, como se colige del artículo 10 de la Constitución, entre las que hay que inevitablemente citar la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, de 10 de diciembre de 1948 y los Pactos Internacionales de los Derechos civiles y políticos de 1969, ratificados por España en 1977, el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales de 4 de octubre de 1950 (ratificado por España el 26 de septiembre de 1979), fundamentalmente, en la regulación contenida en los artículos 5 y 6<sup>24</sup>, a lo que hay que añadir las Recomendaciones (fundamentalmente, la Recomendación 818, de 1977, relativa a la situación de los enfermos mentales, y la Recomendación R (83) 2, de 22 de febrero de 1983, adoptada por el Comité de Ministros)<sup>25-26</sup> y las Resoluciones del Consejo de Europa, así como las Recomendaciones y documentos de distintos organismos e instituciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y de la Organización de las Naciones Unidas, y, fundamentalmente, la doctrina jurisprudencial que se ha venido asentado por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos<sup>27</sup>.

<sup>24</sup> Según señala Romeo Casabona, C.M., “El tratamiento jurídico del enfermo mental en el Consejo de Europa y sistema de Garantías en el Derecho Español”, *Actualidad penal*, núm. 26, 30 de junio de 1991, pp. 329 y siguientes), del Convenio Europeo de 1950 “se deducen”, por lo demás, una serie de garantías que han de observarse cuando se pretende el internamiento forzoso de un enfermo mental (además de las derivadas de otros derechos amparados en el Convenio, en la medida en que fueran aplicables al caso concreto)” ya sea antes del internamiento, o después de haber procedido al mismo. Estas garantías, según el citado autor, op.cit., p. 331, son las siguientes: “1<sup>º</sup> que la legislación interna vigente aplicable al internamiento sea conforme al Convenio; 2<sup>º</sup> que se respete dicha legislación, tanto en el procedimiento como en el fondo; 3<sup>º</sup> el derecho, en el caso de haber sido internado contra su voluntad, al procedimiento conocido como *habeas corpus*, de modo que el afectado pueda recurrir al órgano judicial, para que en un plazo breve se pronuncie sobre la legalidad de la privación de libertad, y para que, en caso negativo, orden su puesta en libertad; 4<sup>º</sup> el derecho a la reparación cuando una persona haya sido internada contra su voluntad contraviniendo lo dispuesto en el art. 5<sup>º</sup> del Convenio. Por consiguiente, si se procede conforme a las dos primeras condiciones mencionadas, el internamiento no constituirá una privación arbitraria de la libertad de la persona afectada, en nuestro caso, del enfermo mental. En resumen”, se puede “comprobar la existencia de una doble garantía fundamental: una preventiva, determinada por la ley, entendida en sentido amplio, que indica cuándo procede el internamiento («conforme a derecho») y cómo debe realizarse («con arreglo al procedimiento establecido por la ley»); y otra tutelar, asignada al juez, que debe autorizar (en sentido estricto, no alude a ello el Convenio) o confirmar el internamiento o denegarlo y poner en libertad, en su caso, al internado si no se respetó la legalidad”. Ello no impide, “de todas formas”, aceptar “la posibilidad del internamiento coactivo del enfermo mental”.

<sup>25</sup> Vid., Chimenno Cano, M., *Incapacitación, tutela e internamiento del enfermo mental*, op.cit., p. 203.

<sup>26</sup> En concreto, la Recomendación del Consejo de Europa de 1983 establece, sobre la base de la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, una serie de principios relativos al internamiento involuntario, el tratamiento, los derechos civiles y políticos del paciente y fin del internamiento (vid., Romeo Casabona, C.M., “El tratamiento jurídico del enfermo mental en el Consejo de Europa y sistema de Garantías en el Derecho Español”, op.cit., pp. 338 a 340).

<sup>27</sup> Vid., Chimenno Cano, M., *Incapacitación, tutela e internamiento del enfermo mental*, op.cit., pp. 203 y 204.



Entre las sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos es preciso destacar, como básica o fundamental, la Sentencia de 24 de octubre de 1976 (asunto Winterwerp vs. Países Bajos), por ser la primera dictada en relación al internamiento de enfermos mentales, y en la que se establecieron los requisitos procedimentales y los materiales o de fondo del internamiento, que ha servido de «*leading case*» a numerosa jurisprudencia posterior<sup>28</sup>, a través de la que se ha establecido una doctrina de la que, a su vez, se ha hecho eco, abiertamente, el Tribunal Constitucional español<sup>29</sup>.

De acuerdo con todo ello, resulta posible establecer cuáles son los principios rectores que deben presidir todo internamiento psiquiátrico no voluntario, al objeto de poder determinar si dicha medida puede estimarse una solución legal y adecuada para conculcar derechos y libertades individuales<sup>30</sup>.

<sup>28</sup> La Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de 24 de octubre de 1976 (Winterwerp vs. Países Bajos) es la primera y, sin duda, más importante de las Sentencias en la materia del citado Tribunal Europeo de Derechos Humanos. En dicha sentencia se estableció una doctrina reproducida en Sentencias posteriores (caso X vs. Reino Unido, de 5 de noviembre de 1981, Luberti, de 23 de febrero de 1984, Ashingdane vs. Reino Unido, de 28 de mayo de 1985, Van der Leer, de 21 de febrero de 1990, E vs. Noruega, de 28 de agosto de 1990, Wassink, de 27 de septiembre de 1990, Megyeri vs. Alemania, de 12 de mayo de 1992, Herczegfalvy vs. Austria, de 24 de septiembre de 1992, Silva Rocha vs. Portugal, de 15 de noviembre de 1996, Johnson vs. Reino Unido, de 24 de octubre de 1997, y Aerts vs. Bélgica, de 30 de julio de 1998, entre otras. Un estudio de las Sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos más significativas en Romeo Casabona, C.M., “El tratamiento jurídico del enfermo mental en el Consejo de Europa y sistema de Garantías en el Derecho Español”, op.cit., pp. 333 y siguientes. Vid., Cobrerros Mendazona, E., Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud (estudio sistemático a los ordenamientos italiano y español), op.cit., pp. 376 y siguientes.

<sup>29</sup> En la Sentencia 104/1990, de 4 de junio, en su fundamento jurídico segundo, se señaló lo siguiente: “Según el artículo 17.1 CE nadie puede ser privado de su libertad sino en los casos y en las formas previstos en la ley. Dentro de esos casos y formas ha de considerarse incluida desde luego la «detención regular ... de un enajenado» a la que se refiere el artículo 5.1 del Convenio Europeo de Derechos Humanos. La “regularidad” de esa detención depende a su vez, de la existencia de una decisión judicial que autorice ese internamiento (artículo 211 Código Civil, actual artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil), por la situación de salud mental del afecto que justifique la necesidad del internamiento. Para privar al enajenado de su libertad, según la doctrina consolidada del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (Winterwerp, Sentencia de 24 de octubre de 1979 y Ashingdane, Sentencia de 8 de mayo de 1985), debe establecerse judicialmente que el afectado padece una perturbación real, comprobada médicamente de forma objetiva, y que esa perturbación presenta un carácter o magnitud que justifique ese internamiento, por no poder vivir esa persona libremente en sociedad. Además ese internamiento no puede prolongarse lícitamente sino en la medida en que persista esta situación de perturbación que le impida la vida en libertad. Debe destacarse, también, la Sentencia 129/1999, de 1 de julio, relativa la cuestión de inconstitucionalidad promovida en relación con el artículo 211, párrafo segundo, del Código civil (hoy derogado, en la redacción dada por la Ley 13/1983), que, en su fundamento jurídico tercero, recordando las consideraciones del también fundamento jurídico tercero de la Sentencia 112/1988, dijo, al respecto, lo siguiente: “El internamiento en un centro psiquiátrico sólo será conforme con la Constitución y con el Convenio si de dan las siguientes condiciones sentadas en la Sentencia del T.E.D.H. de 24 de octubre de 1979 (caso Winterwerp) y reitera en las de 5 de noviembre de 1981 (caso X contra Reino Unido) y de 23 de febrero de 1984 (caso Luberti): “a) Haberse probado de manera convincente la enajenación mental del interesado, es decir, haberse demostrado ante la autoridad competente, por medio de un dictamen pericial médico objetivo, la existencia de una perturbación mental real; b) que ésta revista un carácter o amplitud que legitime el internamiento, y c) dado que los motivos que originariamente justificaron esta decisión pueden dejar de existir, es preciso averiguar si tal perturbación persiste y, en consecuencia, debe continuar el internamiento en interés de la seguridad de los demás ciudadanos, es decir, no puede prolongarse válidamente el internamiento cuando no subsista el trastorno mental que dio origen al mismo” (STC 112/1988, fundamento jurídico tercero).

<sup>30</sup> Cutillas Torns, J.M., Consideraciones sobre el internamiento de presuntos incapaces. Diario La Ley, 1988, Tomo 1. Base de datos LA LEY.



Estos principios, conforme a la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, son<sup>31</sup>:

1.- El derecho de toda persona a la libertad no es incompatible con la posibilidad de internamiento forzoso del enfermo mental, aunque el enfermo no haya cometido delito alguno. No obstante, es preciso advertir que no es posible ofrecer una definición de “enajenado”, toda vez que la misma no cabe encontrarla tanto a nivel del ordenamiento español como el ordenamiento internacional. En efecto, como se señaló en la Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 24 de octubre de 1976 (asunto Winterwerp vs. Países Bajos), “el Convenio (Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales de 4 de octubre de 1950) no define lo que es un enajenado. Este es un concepto que no se presta a una definición definitiva, pues depende de los progresos de la psiquiatría, de los avances en el tratamiento y de los cambios de actitud de la comunidad, cada vez más proclive a la comprensión de los problemas de los enfermos mentales. En todo caso, el artículo 5.1.e) (del citado Convenio) no autoriza a internar a una persona por el mero hecho de que sus ideas o su comportamiento se apartan de las normas predominantes en una determinada sociedad<sup>32</sup>. Ese precepto señala excepciones al derecho a la libertad personal mediante una lista taxativa (caso Engel y otros; caso Irlanda contra Reino Unido) que deben ser interpretarse por ello estrictamente (caso Klass y otros; caso Sunday times)” (Caso Winterwerp, apartado 37).

2.- En contraposición al internamiento arbitrario, en todo caso y de forma absoluta, el internamiento debe ser “conforme a derecho” (conforme al artículo 5.1 del Convenio Europeo de 1950).

El derecho de toda persona a la libertad es incompatible con la posibilidad de un internamiento arbitrario. En todo caso y de forma absoluta, el internamiento no voluntario debe ser conforme a derecho; se contempla, no obstante, el caso que el paciente, en razón del trastorno mental, represente un grave peligro para su persona o la del otro, o el supuesto de que la ausencia de internamiento lleve consigo, por la gravedad de la enfermedad, el deterioro de la salud o una falta absoluta de tratamiento.

Este segundo principio cubre tanto el procedimiento como las normas sustantivas. Ninguna detención puede ser arbitraria. En este caso se quiere decir que nadie puede ser internado como enajenado en ausencia de pruebas médicas que justifiquen la hos-

---

<sup>31</sup> Por todos, Romeo Casabona, C.M., “El tratamiento jurídico del enfermo mental en el Consejo de Europa y sistema de Garantías en el Derecho Español”, op.cit., pp. 337 y 338.

<sup>32</sup> En definitiva, no cabe, así pues, el internamiento de una persona por el mero hecho de que sus ideas o su comportamiento se aparten de las normas que predominan en una determinada sociedad, y, por lo tanto, supone un explícito veto contra la utilización del internamiento psiquiátrico como procedimiento abusivo para eliminar o neutralizar al adversario político, al disidente o quienes adopta una actitud social marginal (Romeo Casabona, C.M., “El tratamiento jurídico del enfermo mental en el Consejo de Europa y sistema de Garantías en el Derecho Español”, op.cit., p. 336).

pitalización forzosa. En relación a este punto, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha señalado tres condiciones mínimas para la legalidad de las detenciones de personas con enfermedad mental (caso Winterwerp, apartado 39): en primer lugar, la enfermedad mental debe ser declarada por una autoridad competente con fundamento en un informe médico objetivo (debe quedar constatada); en segundo lugar, la enfermedad mental debe ser de un tipo o de un grado tal que requiera internamiento forzoso; y, finalmente, que la validez de la prolongación del internamiento está en función de la persistencia de aquella enfermedad.

En el marco de estas consideraciones, procede añadir que en la Sentencia del caso Winterwerp (apartado 39) se dijo: “Para privar al interesado de su libertad se requiere, salvo en casos urgentes, haber justificado suficientemente su enajenación. La naturaleza misma de lo que es necesario demostrar ante la autoridad nacional competente exige una peritación médica objetiva. Además, la perturbación tiene que ser de unas características y de una amplitud que justifiquen el internamiento. Más aún, el internamiento no puede prolongarse válidamente si no persiste semejante perturbación”.

De lo hasta ahora expuesto podemos deducir dos consecuencias: a) no se puede internar a una persona por el solo hecho de que sus ideas o su comportamiento se aparten de las normas predominantes de la sociedad, y b) no se puede internar a nadie como enajenado sin pruebas médicas que revelen en él un estado mental que justifique una hospitalización forzosa (Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 24 de octubre de 1979). El internamiento se concibe sólo para el caso de que el paciente, en razón de sus trastornos mentales, represente un grave peligro para su persona o la de otro, o para el supuesto de que la ausencia de internamiento lleve consigo, por la gravedad de la enfermedad, el deterioro del paciente o su falta absoluta de tratamiento (Recomendación de 1983 R (83) 2, de 22 de febrero, del Comité de Ministros del Consejo de Europa)<sup>33</sup>.

3.- El internamiento procede que se acuerde “con arreglo al procedimiento establecido por la ley”. Este tercer requisito guarda una indudable relación o conexión con el anterior. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en la citada Sentencia Winterwerp, estimó que estos términos remiten a la ley nacional e imponen seguir el procedimiento fijado por ella. Sin embargo, es preciso que dicha ley nacional sea conforme al Convenio, en sus exigencias explícitas e implícitas, que sea equitativo y ade-

<sup>33</sup> De acuerdo con todo ello, como resumen fundamental de este apartado, para que el internamiento de un enfermo mental, salvo casos de urgencia, sea «conforme a derecho» se requiere: 1º que se haya justificado plenamente la enajenación mediante informes médicos objetivos y previos; 2º la perturbación ha de ser de tales características y de una amplitud que justifiquen el internamiento, lo que implica reconocer que otras alternativas han sido ya descartadas por inadecuadas; 3º el internamiento no puede prolongarse válidamente si no persiste tal perturbación... Posteriormente se ha señalado que es preciso, además, que el internamiento se desarrolle en un hospital, un clínica u otro establecimiento apropiado para el enfermo (Sentencia de 28 de mayo de 1985, apartado 44) (vid., en este sentido, Romeo Casabona, C.M., “El tratamiento jurídico del enfermo mental en el Consejo de Europa y sistema de Garantías en el Derecho Español”, op.cit., p. 337).

cuado y que cuando el Convenio reenvía al derecho interno, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos puede controlar en último término la aplicación que las autoridades nacionales hayan hecho en primer lugar de su derecho interno (Caso Winterwerp, apartado 45). En este sentido, se indicó que “hay que reconocer a las autoridades nacionales determinada facultad discrecional al resolver sobre el internamiento de un individuo como enajenado, puesto que les corresponde en primer lugar, apreciar las pruebas que se le han aportado en un caso dado; y la misión del Tribunal (Europeo de Derechos Humanos) consiste en fiscalizar sus resoluciones en el ámbito del Convenio” (apartado 140).

Evidentemente un margen mayor se concede en los supuestos de urgencia; el informe médico no puede concebirse necesariamente como previo al internamiento, puede ser posterior. Las autoridades que ostentan la potestad de proceder a ordenar los internamientos de urgencia deben gozar de una amplia discrecionalidad o apreciación de la necesidad del internamiento sobre la base de “imperativos de la protección de público prevalecen sobre la libertad individual, hasta el punto de legitimar un internamiento de urgencia que no se rodee de las garantías habituales que implica el artículo 5.1.e) del Convenio (de 1950)” (Sentencia caso X vs. Reino Unido, de 5 de noviembre de 1981, apartados 41 y 45).

En orden al procedimiento, destacar la importancia de la exigencia de oír al enfermo; no basta confiar el acuerdo de internamiento a lo afirmado en informes médicos; es menester un principio de contradicción; en ello reside la garantía esencial del derecho fundamental a la libertad personal.

4.- En cuarto lugar, respecto de quien puede acordar el internamiento, la decisión sobre el internamiento, para no vulnerar el artículo 5.4 del Convenio de 1950 debe emanar de un órgano que tenga “los rasgos distintivos de un tribunal” (Caso Winterwerp, apartado 67). Según la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, la autoridad idónea para acordar el internamiento es la autoridad judicial, precisando, al respecto, en el caso Neusmeister (Sentencia de 27 de junio de 1968, apartado 24) y en el caso De Wilde (Sentencia de 18 de junio de 1971, apartado 78) que la palabra Tribunal “significa que la autoridad competente para resolver tenga carácter judicial, es decir, independiente tanto del poder ejecutivo cuanto de las partes litigantes”.

El respeto ineludible a la libertad de las personas exige el dar entrada a un sistema de riguroso control judicial, de tal manera que, frente al internamiento sin necesidad de resolución judicial previa, propio de la legislación derogada, por imperativo del artículo 25.3 de la Constitución, en virtud del cual no puede adoptar resoluciones administrativas limitativas del derecho a la libertad, es ahora el Juez quien autoriza o no el internamiento, y acuerda “ex officio” la continuación o no del internamiento.

Debe añadirse, por lo demás, que el meollo del procedimiento judicial consiste, asimismo, en el derecho del interesado a ser informado en el plazo más breve posible y en una lengua que comprenda, de los motivos de la medida de internamiento (artículo

5.2. Convenio); poder presentar pruebas y refutar las prueba médicas que pudieran haberse invocado en pro de su internamiento (Caso Winterwerp, apartado 58); y comparecer ante un órgano judicial y tener la posibilidad de ser oído personalmente, o, en su caso, mediante alguna forma de representación (Caso Winterwerp, apartado 60).

5.- Debe señalarse, asimismo, que, si bien el Convenio Europeo de Derechos Humanos no reconoce un derecho del paciente al tratamiento apropiado (Sentencia caso Winterwerp, apartado 51), dicha afirmación, en el fondo, necesariamente ha de interpretarse en el sentido de que el Convenio tiene un contenido referido a las libertades formales y no a derechos prestacionales, cual sería el caso del tratamiento psiquiátrico, no hay que olvidar que la detención de una persona como paciente mental sólo podrá ser considerada conforme a derecho, a los fines del artículo 5.1.e), si se efectúa en un hospital, clínica u otra institución apropiada autorizada para tal fin (Sentencia caso Ashingdane vs. Reino Unido, de 28 de mayo de 1985, apartado 44, y Sentencia caso Aerts vs. Bélgica, de 30 de julio de 1998, apartado 46). En este marco, como garantía, se encuentra la revisión periódica del internamiento; el internamiento no debe, en principio, durar “sine die”, pues, como medida excepcional, sólo cabe cuando no quepa un tratamiento en régimen de libertad o ambulatorio.

6.- Se hace preciso –y sobre ello volveremos, en su momento-, distinguir entre el internamiento y la incapacitación, aunque ambas inciden en su capacidad de autogobierno; como consecuencia de ello, resulta evidente que cualquier restricción a la capacidad de administrar el propio patrimonio debe hacerse con las garantías del artículo 6.1 del Convenio (Caso Winterwerp, apartado 75).

7.- En este punto, hay que añadir, para finalizar, que la doctrina del Tribunal Europeo de Derecho Humanos ha entendido que cualquier privación de derechos y obligaciones de naturaleza civil a un enfermo mental debe ser decidida por un tribunal independiente, pero no es consecuencia directa del internamiento o de la mera declaración de incapacidad del afectado por autoridades no judiciales<sup>34</sup>.

#### **IV. La evolución legislativa del régimen del internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico tras la Constitución**

##### **IV. 1. Unas reflexiones de carácter general**

De acuerdo con lo expuesto, resulta evidente que con la Constitución y en el marco de un Estado social y democrático de derecho quedaron dispuestas las bases de un nuevo sistema de protección del enfermo mental, fundadas en el reconocimiento de la dignidad humana de los disminuidos psíquicos y en el establecimiento de medidas asistenciales sanitarias y educativas tendentes a su rehabilitación e integración social, que chocaban frontalmente con las disposiciones vigentes. De ahí, la necesidad

<sup>34</sup> Romeo Casabona, C.M., “El tratamiento jurídico del enfermo mental en el Consejo de Europa y sistema de Garantías en el Derecho Español”, op.cit., p. 338, con cita de la Sentencia Winterwerp, apartados 73 y 75.

de proceder a la adaptación de la legislación sobre internamiento a las exigencias constitucionales<sup>35</sup>.

Llegados a este punto, entendemos que es preciso realizar las siguientes consideraciones:

En primer lugar, que, desde un principio, se hizo constatable la existencia de lo que se ha denominado un “conflicto latente” en lo que hace al ámbito del internamiento de los enfermos mentales, entre, por una parte, el derecho a la salud, bien jurídico protegido a nivel constitucional en el artículo 43 de la Constitución, en el que se reconoce “el derecho a la protección de la salud”, y, de otra parte, y esencialmente, el derecho fundamental a la libertad, que, “a propósito del internamiento”, encuentra su amparo en el artículo 17 de la Constitución, de lo que se deriva, no sólo, la necesidad del cumplimiento de unas exigencias materiales, sino, también, de unas exigencias formales, cuyo desarrollo, por tanto, debiera realizarse por ley orgánica, conforme al artículo 81.1 de la Constitución<sup>36</sup>.

Por tal motivo, se planteó, desde un primer momento, la problemática del rango normativo de la reforma –que posteriormente analizaremos– del artículo 211 del Código Civil, en virtud de la Ley 13/1983, de 14 de octubre, de reforma del Código Civil en materia de tutela, y si esta reforma pudiera pecar de inconstitucionalidad, al aprobarse mediante una ley ordinaria. Ello pudiera seguirse, en la actualidad, respecto del vigente artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

En todo caso, al igual que se hizo en relación a la reforma del artículo 211 del Código Civil, aunque la solución legal, como no tuvo inconveniente en reconocer cierto sector doctrinal, pudiera calificarse de “dudosa”, no cabe duda que la mayoría de los autores y el Tribunal Constitucional se vienen inclinando por una interpretación restrictiva de las materias propias de las leyes orgánicas<sup>37</sup>. Es por ello que, al igual que se hizo, en su momento, puede seguir sustentándose la constitucionalidad de la actual regulación en la siguiente consideración: “Precisado que la exigencia de Ley orgánica sólo afecta a la norma que prevea los casos y disponga la forma en que se vaya a proceder a privar de libertad a una persona (artículo 17 de la Constitución)”, la actual normativa “podría valer en tanto en cuanto está relacionado con la incapacitación de las personas..., requiriéndose la forma de Ley orgánica para la necesaria norma que regule más concreta y determinadamente en qué casos se puede internar a una persona contra su voluntad y siguiendo qué iter procedimental detallado”<sup>38</sup>.

<sup>35</sup> Chimenó Cano, M., Incapacitación, tutela e internamiento del enfermo mental, op.cit., pp. 200 y 201.

<sup>36</sup> García-Ripoll Montijano, La protección civil del enfermo mental no incapacitado, op.cit., pp. 97 y siguientes.

<sup>37</sup> García-Ripoll Montijano, La protección civil del enfermo mental no incapacitado, op.cit., p. 101, nota 196, citando García de Enterría, E., y Fernández, T.R., Curso de Derecho Administrativo, I, Madrid, 1988, pp. 155 y siguientes.

<sup>38</sup> Cobreros Mendazona, E., Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud (Estudio sistemático de los ordenamientos italiano y español), op.cit., p. 384, citado por García-Ripoll Montijano, M., op.cit., p. 101, nota 195.

En segundo lugar, ha de insistirse, en línea con la doctrina, que tanto la regulación del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, como la derogada del artículo 211 del Código Civil, en ambas, se sigue sin tenerse totalmente en cuenta la necesidad de una regulación autónoma del internamiento psiquiátrico, como medida terapéutica, que no ha de conllevar indefectiblemente la incapacitación<sup>39</sup>. En gráfica reflexión, se ha significado: “Aun reconociendo la proximidad geográfica entre la incapacitación y el internamiento, ... ambas instituciones operan con independencia. El internamiento no requiere la previa incapacitación ni la incapacitación determina por sí sola el internamiento”<sup>40</sup>.

En todo caso, la falta de regulación autónoma del internamiento psiquiátrico respecto de la incapacitación, con la confusión que ello conlleva, en la actualidad, sin eliminarse se ha atenuado, en la medida que, en la actual regulación, se ha introducido una mejora legal, al eliminarse del título del capítulo correspondiente al vigente artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil el término “incapacitación”, sustituyéndolo por la expresión de “procesos sobre la capacidad de las personas”<sup>41</sup>.

Por último, se constata- según veremos- en la línea evolutiva seguida, una preocupación no sólo al internamiento como acción, sino, también, una conformada preocupación, ya recogida en el artículo 211 del Código Civil, y reforzada en la actual regulación del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, por el internamiento como efecto, esto es, por la “situación de internamiento”, y, por lo tanto, por el sujeto internado, que debe ser atendido y protegido tanto en su persona como en su patrimonio<sup>42</sup>.

<sup>39</sup> García-Ripoll Montijano, M., La protección civil del enfermo mental no incapacitado, op.cit., p. 121, ya señaló: “Siendo el internamiento una medida relativamente desvinculada del estado civil del sujeto, lo lógico es que se decida en un procedimiento aparte del de incapacitación... En realidad, el internamiento tiene entidad por sí mismo, pues va dirigido a proteger la vida y la salud del enfermo independientemente de que esté sujeto o no a algún régimen de protección... Más aún, ya hemos visto como muchas de las personas que son internadas no requieren ser incapacitadas, con lo que su hospitalización no podrá ser nunca una medida colateral de la incapacitación”. García García, L., “Enfermedad mental e internamientos psiquiátricos”, op.cit., pp. 88 y 89, ha dicho: “El internamiento es una medida terapéutica, y no puede ser integrada en un capítulo destinado a la regulación de los Procesos sobre la capacidad. La finalidad del ingreso psiquiátrico es el tratamiento del trastorno, pues en eso consiste, precisamente, la medida terapéutica. Sin embargo, al hablar de incapacitación, nos estamos refiriendo a una declaración judicial, emitida en el procedimiento establecido, con objeto de limitar la capacidad de obrar de una persona, que no puede regirse por sí misma”, añadiendo que “nadie puede ser declarado incapaz, sin que exista una previa resolución judicial que así lo declare, en virtud de las causas determinadas legalmente. La sentencia es de carácter constitutivo, pues da lugar a un nuevo estado de la persona: el de incapacitado... Un enfermo, que ha sido objeto de una medida de internamiento psiquiátrico, no tiene por qué ser incapacitado; de hecho, en muy pocas ocasiones lo es”, teniendo en cuenta los avances en el tratamiento en este campo.

<sup>40</sup> Gómez Papi, “El internamiento del enfermo mental”, Jornadas sobre psiquiatría forense, Madrid, 1990, p. 273, citado por García-Ripoll Montijano, M., La protección civil del enfermo mental no incapacitado, op.cit., p. 121, nota 238.

<sup>41</sup> En este punto, García García, L., “Enfermedad mental e internamientos psiquiátricos”, op.cit., p. 88, advierte, de manera expresa, que, no obstante, esa mejora legal, a su juicio, sigue siendo “no suficiente”.

<sup>42</sup> Problemática que, durante la vigencia del artículo 211 del Código Civil, se contempló por el Ministerio Fiscal, en Instrucción núm. 6/1987, de 23 de noviembre, de la Fiscalía General del Estado, y fue estudiada por García-Ripoll Montijano, M., La protección civil del enfermo mental no incapacitado, op.cit., pp. 133 y siguientes.

#### IV. 2. El artículo 211 del Código Civil, tras la Ley 13/1983, de 14 de octubre, de reforma del Código Civil en materia de tutela

En desarrollo de la Constitución, ha de destacarse, en primer lugar, la Ley 13/1983, de 14 de octubre, de reforma del Código Civil en materia de tutela, que afectó a los títulos IX y X del Código Civil y supuso un cambio sustancial en la regulación del internamiento de los enfermos mentales<sup>43</sup>, al apartarse del orden administrativo en el que se basó el Decreto de 1931, modificando el sistema de ingreso forzoso en centro psiquiátrico, al configurar el internamiento psiquiátrico como una privación de libertad justificada por razones terapéuticas bajo la salvaguarda de la autoridad judicial, siendo precisa la autorización previa -o en su caso, por razón de urgencia, la convalidación judicial posterior- de cualquier tipo de ingreso psiquiátrico contra la voluntad del enfermo<sup>44</sup>.

El artículo 211 del Código Civil, en una redacción absolutamente nueva, dispuso: “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” (apartado primero). Se estableció que “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” (apartado segundo). Añadiéndose que “sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269.4 el Juez, de oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea conveniente, 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 del internamiento” (apartado tercero).

---

<sup>43</sup> En este punto, como señala González Granda, P, Régimen Jurídico de la protección de la discapacidad por enfermedad mental, op.cit., p. 159, nota 149, “debe decirse que, en los años precedentes, frente a una primera opinión a favor de una Ley específica...”, se impuso el sector de la psiquiatría que mantenía una opinión contraria “por entender que su misma existencia supondría la institucionalización de la diferencia –la separación, la discriminación-, y, en consecuencia, se mostró más favorable a una regulación común a la existente o proyectada para el común de los enfermos”. En el ámbito político, en el año 1982 se constituyó una Comisión en el Ministerio de Justicia para el estudio de la problemática derivada del internamiento de enfermos mentales en España y la sustitución del Decreto de 1931, cuya vigencia estaba ya cuestionada por la Constitución; dicha Comisión, que prolongó sus esfuerzos a lo largo de un año y llegó a desarrollar hasta siete borradores de ley alternativos, y “finalmente llegó a la conclusión de que el tratamiento y el internamiento no debía ser objeto de una normativa específica, para evitar discriminaciones, sino que su desarrollo legislativo debía derivarse en lo afectante a los aspectos sanitarios a la futura Ley General de Sanidad. Sin embargo, lo cierto es que, en la medida en que implicaba privación de libertad, la regulación del internamiento por razón de trastorno mental se incluyó en el proyecto de ley sobre incapacitación y tutela, que posteriormente sería la Ley 13/1983, de 14 de octubre”.

<sup>44</sup> Durante el transcurso del tiempo desde la entrada en vigor de la Constitución hasta la promulgación de la Ley 13/1983 se planteó si existía un vacío legal, “impuesto por la lectura constitucional”, debido a la implícita derogación del Decreto de 1931. Hay que señalar, en orden a ese pretendido “vacío legal” que, en la actualidad, es el que parece seguirse manteniendo por parte de González Granda, P, Régimen Jurídico de la protección de la discapacidad por enfermedad mental, op.cit., p. 159, nota 149, que, en nuestra opinión, la solución a esta pretendida problemática la dio el propio legislador, que se preocupó, en el artículo 2.2 de la antedicha Ley 13/1983, en derogar expresamente el Decreto de 1931.



La Ley 13/1983, así pues, introdujo, a través de la reforma del artículo 211 del Código Civil, un sistema en el que se destacaron como fundamentales dos características: En primer lugar, se superaron las deficiencias de fondo del Decreto de 3 de julio de 1931, que admitía el internamiento, y consiguiente privación de libertad, mediante una mera autorización gubernativa, sin intervención de la autoridad judicial; en segundo lugar, aunque en esa normativa se recogían los requisitos legitimadores del internamiento, el desarrollo de carácter procesal fue, en todo caso, incompleto, lo que determinó problemas y dificultades en relación a la materia que se pretendía regular, dejando sin resolver múltiples cuestiones, toda vez que se creaba un “sistema riguroso de control judicial”, aunque no un sistema de internamiento judicial. El ingreso y el alta quedan en manos del facultativo correspondiente, estableciéndose un criterio médico, en el que sólo se producirá el ingreso cuando existan razones terapéuticas que lo aconsejen, es decir, por prescripción médica<sup>45</sup>; a ello se añadía, por lo demás, que, toda vez que el sujeto del internamiento, según el artículo 211 del Código Civil (en la redacción dada por la Ley 13/1983), era el “presunto incapaz” o también el ya incapacitado, según preveían, para este último caso, los artículos 271.1 y 290 del mismo Código legal, ello implicaba que el fenómeno del internamiento se ubicaba exclusivamente el marco de la incapacitación y sus causas. De acuerdo con la redacción dada en ese momento al mencionado artículo 211 del Código Civil, el internamiento, así pues, se encontraba legalmente configurado como una medida cautelar entretanto se sustanciara el procedimiento judicial para decidir la incapacitación, conforme al artículo 199 y por las causas del artículo 200, ambos del citado código legal. No obstante, resulta evidente, desde un primer momento, como señaló la doctrina, que la declaración de incapacidad no suponía como consecuencia necesaria el internamiento. En el marco del mencionado procedimiento judicial para decidir sobre la incapacitación, el internamiento podía no ser preciso, ni siquiera necesario<sup>46</sup>.

La determinación de los sujetos del internamiento era una de las cuestiones más complejas que planteó el artículo 211 del Código Civil. A diferencia del Decreto de 1931, en el que se preveía el internamiento de cualquier clase de personas, desde el punto de vista de su estado civil (presuntos incapaces o no, incapacitados o no), con tal que padecieran una enfermedad mental que hiciera aconsejable la adopción de tal medida; tras la Ley 13/1983, de 14 de octubre, en el artículo 211 del Código civil, pudiera entenderse que sólo se encontraba regulado el internamiento de presuntos incapaces, con lo que, aparentemente, el ya incapacitado podía ser internado sólo por la vía del artículo 271.1 del Código Civil, y las personas que necesitaran un interna-

<sup>45</sup> Tejedor Muñoz, F.J. y Vega Gutiérrez y Pelegrín Martínez Baza, J., op.cit., Base de datos LA LEY.

<sup>46</sup> Lacaba Sánchez, F., op.cit., Base de datos LA LEY. En este mismo sentido, por todos, Bercovitz Rodríguez-Cano, “La protección jurídica de la persona en relación con su internamiento involuntario en centros sanitarios o asistenciales por razones de salud”, Anuario de Derecho Civil, 1983, IV, págs. 971 y 972, citado por González Granda, P., Régimen Jurídico de la protección de la discapacidad por enfermedad mental, op.cit., p. 160, nota 150.

miento de corta duración que no requiriesen incapacitación no podrían ser internadas. De acuerdo con esta interpretación, en contra de la que mantenemos, el internamiento por razones de salud mental aparecía plenamente vinculado a los procesos de incapacitación, que tienden fundamentalmente a proveer de un sistema de guarda y custodia, además de dotarles de un sistema de administración y gestión de su patrimonio.

Todo ello sin perjuicio de añadir los problemas derivados de la propia parquedad del artículo 211 del Código Civil -frente a la detallada regulación, en treinta y cinco artículos, del Real Decreto de 1931-, que fue muy criticada por la doctrina, que dio origen a “numerosos problemas interpretativos y de aplicación práctica”, y mostró “una insuficiencia para resolver todas las cuestiones de fondo y procedimentales que suscitaban en su aplicación”. Estas lagunas han sido integradas con una no falta de polémica interpretación, agudizada por el hecho de la ubicación de esta disposición dentro del Título IX del Código Civil dedicado a la incapacitación, a pesar de ser una medida autónoma<sup>47</sup>.

En definitiva, fueron numerosas las deficiencias y vacíos legales que se pusieron de manifiesto en relación a la nueva redacción del artículo 211 del Código Civil, que, incluso, se entendieron que vulneraban el derecho a la libertad y a la tutela judicial efectiva. Entre esas deficiencias legales se mencionaron: la falta de determinación de las causas o motivos que pueden dar lugar al internamiento, así como de las personas legitimadas para promover el internamiento y de la que debe notificar al Juez el internamiento de urgencia; la falta de regulación de los supuestos de finalización del internamiento, la indefinición de lo que son internamientos voluntarios e involuntarios, y la no determinación de los derechos de las personas durante la situación de internamiento<sup>48</sup>.

#### **IV.3. El artículo 211 del Código Civil y su reforma en virtud de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor**

La redacción del artículo 211 del Código Civil, tras la Ley 13/1983, hizo necesario, según se ha expuesto, un “notable esfuerzo interpretativo” en orden a suplir sus carencias, lo cual determinó, no obstante, que, a través de esta polémica, se sentaran las bases del perfeccionamiento de la regulación ulterior, y, se aprovechó el trámite parlamentario de lo que, posteriormente, fue la 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 -que nació para abordar explícitamente el internamiento del menor en centro psiquiátrico- para ir más allá de lo que anunciaba la Exposición de Motivos de la Ley, al introducir cambios en el artículo 211 del Código Civil, referidos al internamiento de adultos.

<sup>47</sup> Vid., Chimeno Cano, M., *Incapacitación, tutela e internamiento del enfermo mental*, op.cit., p. 202.

<sup>48</sup> González Granda, P., *Reforzamiento de la protección jurídica de la incapacitación en las últimas manifestaciones normativas*, Diario La Ley, N.º 6521, de 7 de julio de 2006, Ref. D-166. Base de datos LA LEY.

Entre las novedades legales destacó la sustitución de la expresión “internamiento de un presunto incapaz” por la de “internamiento de una persona que no está en condiciones de decidirlo por sí” (el internamiento) -corrigiéndose así una de las deficiencias más reiteradamente destacadas-, y el establecimiento de que la autorización judicial será siempre previa al internamiento, salvo urgencia.

Después de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, la nueva redacción que se dio al artículo 211 del Código Civil fue la siguiente, a saber: “El internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá autorización judicial. Esta será previa al internamiento, 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 internamiento de menores, se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor”, añadiendo que “el Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por el designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal a los efectos prevenidos en el artículo 203 del Código Civil (promover la declaración de incapacidad civil)”, y, asimismo, que “sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269. 4 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 del internamiento”.

De acuerdo con el nuevo tenor del artículo 211 del Código Civil, tras la reforma operada en virtud de la Ley Orgánica 1/1996, resultaba evidente que el citado precepto no se refería ya como sujeto de la medida de internamiento al “presunto incapaz”, respecto a cuya expresión y su alcance habían surgido, entre tanto, muchas controversias doctrinales. Los sujetos del internamiento por razón de trastorno psíquico, con arreglo a la nueva redacción, eran las personas que no estuvieran en condiciones de decidirlo por sí, expresión comprensiva de los incapacitados, los presuntos incapaces, aunque lo fueran transitoriamente, pero no incapacitados y los menores a los que se refería expresamente el artículo 211, sometiéndolo a la autorización judicial, salvo situación de urgencia<sup>49</sup>.

#### IV.4. El vigente artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil

En este orden cronológico, encontramos, finalmente, la ordenación del internamiento por razón de trastorno psíquico que recoge el vigente artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, que en un ámbito muy específico y

<sup>49</sup> González Granda, P., “Reforzamiento de la protección jurídica de la incapacidad en las últimas manifestaciones normativas”, op.cit., Base de datos LA LEY, y Régimen Jurídico de la protección de la discapacidad por enfermedad mental, op.cit., pp. 160-161.

concreto de la discapacidad -por padecimiento de enfermedad mental- corrige algunas deficiencias de la regulación anterior.

No obstante, debemos estar, asimismo, a la regulación de la autonomía del paciente y del consentimiento informado por representación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que mejora la regulación marcadamente insuficiente contenida previamente en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; no cabe olvidar, tampoco, la incorporación de la figura de la autotutela en el ordenamiento común español -institución no existente hasta la reforma del Código Civil de 2003, -pero sí en el Código de Familia de Cataluña, de donde ha sido adoptado ese modelo- a través de la Ley 41/2003, de 18 de diciembre, de Protección Patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la normativa tributaria con esta finalidad, que el legislador adopta introduciendo unos pequeños cambios en las disposiciones pertinentes del Código Civil, y la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, que tuvo por objeto el reforzamiento de las situaciones de incapacidad y atender las especificidades de la violencia ejercida sobre las mujeres con discapacidad, extendiendo el marco de protección a los incapaces -así como menores- situados en la órbita familiar de la mujer víctima de violencia<sup>50</sup>.

Dispone el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que “el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento” (apartado 1, párrafo primero); “la autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida”, añadiéndose que, “en este caso, el responsable del centro en que se hubiera producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal” (apartado 1, párrafo segundo); “en los caso de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado tercero del artículo 757 de la presente Ley” (apartado 1, párrafo tercero). De otro lado, procesalmente, dispone que “antes de conceder al autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la

---

<sup>50</sup> González Granda, P., “Reforzamiento de la protección jurídica de la incapacidad en las últimas manifestaciones normativas”, op.cit., Base de datos LA LEY.

decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado de la medida..., sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso”, debiendo “examinar” el tribunal por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado” (apartado 3, párrafo primero). Se encuentra prevista, finalmente, la necesidad de información periódica al tribunal “sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda rehuir cuando lo crea pertinente”. Los informes médico-psiquiátricos se prevé que se emitan “cada seis meses, a no ser que la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior” (apartado 4, párrafos primero y segundo).

Siguiendo a la doctrina<sup>51</sup>, pueden establecerse las diferencias entre el derogado artículo 211 del Código Civil y el actual artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Éstas son las siguientes:

- 1.- Se hace referencia a que el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a la tutela, requerirá autorización judicial, cuando antes no se hacía referencia a la tutela.
- 2.- Se clarifica la determinación del órgano jurisdiccional competente al que habrá que presentar la solicitud de autorización al recoger el artículo 763 Ley de Enjuiciamiento Civil que la solicitud debe ser recabada del Tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.
- 3.- El artículo 211 del Código Civil recogía que la solicitud de la autorización sería previa al internamiento, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas; el artículo 763 de Ley Enjuiciamiento Civil añade que en el caso de que se verifique la medida de internamiento urgente y se inste la ratificación de la misma el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de 24 horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de la medida, en el plazo máximo de 72 horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal; se clarifica, así pues, que la solicitud de la ratificación irá firmada por el responsable del centro de internamiento y se fija un plazo al juez para dictar la resolución oportuna.

<sup>51</sup> Magro Servet, V., La modificación legislativa de las medidas de internamiento no voluntario de personas por razones psíquicas en la Ley 1/2000 de 7 de enero, de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Diario La Ley, 2000, Ref. D-120, Tomo 4, Base de datos LA LEY, y, más recientemente, Ventura Mas, S., “Derechos fundamentales y cuestiones éticas en la Unidades de Psiquiatría. Instrucciones Previas”, La respuesta judicial ante la enfermedad mental, op.cit., pp. 107 y siguientes.

- 4.- En el artículo 763.1, párrafo tercero, de la Ley de Enjuiciamiento Civil se recoge que, en los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro de internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en todo caso, conforme al apartado tercero del artículo 757 de la antedicha ley jurisdiccional. Se define, así pues, con mayor concreción el juzgado competente para conocer de la ratificación de la medida, que lo será, por razones lógicas de proximidad, el del lugar en que radique el centro de internamiento.
- 5.- En los internamiento de menores, la redacción del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil queda igual que en el artículo 211 del Código Civil; se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.
- 6.- En el artículo 211 del Código Civil se recogía muy sucintamente el cauce procesal a adoptar por el juez, al establecerse que éste, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concedía o denegaba la autorización y pondría los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203. En el vigente artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil la definición del trámite es más completa al establecerse que el juez, antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Es decir, se incluyen tres observaciones: deberá oírse al Ministerio Fiscal antes de conceder o ratificar la medida de internamiento; se admite que el juez pueda oír a cualquier persona que estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida; finalmente, se autoriza al juez a practicar aquellos medios probatorios que estime conveniente; y, a continuación, se añade, que el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen del facultativo que designe<sup>52</sup>.
- 7.- Se incluye en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que en todas estas actuaciones la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos que se señalan en el artículo 758 de la mencionada Ley de Enjuiciamiento Civil.

---

<sup>52</sup> García García, L., "Enfermedad mental e internamientos psiquiátricos", op.cit., p. 93, señala que "la doctrina reconoce, de forma unánime", al igual que la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en Recomendación 818, de 8 de octubre de 1977, el Comité de Ministros del Consejo de Europa, en Recomendación R (83), de 22 de febrero de 1983, el Informe del Gabinete Técnico del Consejo General del Poder Judicial, de 23 de febrero de 1984, la Fiscalía General del Estado, en Circular 2/1984, de 8 de junio, y el Defensor del Pueblo, en Informes de 1983 a 1994, que se citan, "que el reconocimiento personal por el juez del sujeto de internamiento, constituya la principal garantía de que el procedimiento se llevará a cabo conforme a la normativa vigente y que el derecho a la libertad de aquél no será vulnerado... Esta actuación no puede considerarse como un simple trámite a cumplir", siendo "requisito de fondo previo al procedimiento".

- 8.- Determina el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil el recurso que cabe frente al auto judicial, al determinar que la decisión sobre el internamiento es susceptible de recurso de apelación.
- 9.- En cuanto a la vigilancia de la medida de internamiento, el artículo 211 del Código Civil establecía que el Juez de oficio debía recabar 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. En el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil se introducen varias modificaciones: En primer lugar, se determina claramente que en la propia resolución en la que se acuerda la medida de internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente; en segundo lugar, se amplía la posibilidad de los informes que puede reclamar el juez al responsable del centro al hablar en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que no solamente se podrán interesar los relativos a la necesidad de mantener la medida, sino también de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente; y, en tercer lugar, se señala que los informes periódicos emitidos por los facultativos del centro en el que se le haya internado serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior. Es decir, se admite la fijación de una periodicidad inferior a los seis meses, atendidas las circunstancias.
- 10.- Finalmente, debe destacarse como uno de los aspectos más importante de la modificación operada se centra en el artículo 763.4, último párrafo, de la Ley de Enjuiciamiento Civil, según el cual, sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente. Esta previsión debe entenderse en el sentido de que se amplían las facultades de los facultativos al suprimir la fiscalización judicial sobre la decisión del alta otorgada por los facultativos que adopten la decisión de alzar la medida de internamiento.

## V. Conclusiones

De conformidad con la Constitución de 1978, y alineándose junto a las disposiciones supranacionales y a la doctrina de la jurisprudencia internacional en la materia, el respeto ineludible a la libertad de las personas exige que todo internamiento se sujete a determinadas garantías, y la defensa máxima del presunto enfermo mental deriva -como se puso de relieve con el derogado artículo 211 del Código Civil, y puede



hacerse extensivo al actual artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil- de que se haya impuesto, de modo imperativo, la intervención inmediata de los órganos jurisdiccionales, y se ha dado entrada a un sistema de riguroso control judicial. De esta manera –como dijo la Fiscalía General del Estado-, frente al internamiento sin necesidad de resolución judicial previa, propio de la normativa preconstitucional, ahora es el juez quien debe autorizar o no el internamiento psiquiátrico.

En la actual legislación reguladora del internamiento de los enfermos mentales, y en el marco del espíritu de normas fundamentales, se ha pasado de la autorización administrativa a la autorización judicial, que ofrece, evidentemente, mayores garantías para la legalidad de los internamientos, ya se trate de los que puedan tener lugar en condiciones ilegales o de los que ilegalmente se prolonguen.

Por lo demás, no sólo se advierte que todos los internamientos se encuentran ya sometidos a control judicial, sino, de manera expresa, y conforme a exigencia de que todo lo relativo al internamiento será de interpretación estricta, legalmente se contempla una renovada preocupación por el que la ejecución del internamiento se encuentre siempre garantizada por la preceptiva intervención judicial.

La defensa de las personas sometidas a internamiento psiquiátrico alcanza también la finalidad de recuperación o mejora de la posibilidad de autogobierno, y la protección del derecho a ser ayudado en la continuidad del tratamiento, una vez que se le obliga al mismo, toda vez que la dignidad del enfermo mental aglutina los derechos, fundamentales o no reconocidos por la Constitución, y es determinante de que la protección no solo sea protección defensiva, de sus límites negativos, sino una actuación positiva de los derechos.

Es notorio, así pues, el esfuerzo parlamentario de adaptación de la legislación española del internamiento de enfermos mentales a las exigencias de la normativa constitucional e internacional; sin embargo, y como crítica, es preciso insistir, como reiteradamente ha puesto de manifiesto, en que sigue sin tenerse en cuenta la necesidad de una regulación autónoma del internamiento psiquiátrico, como medida terapéutica, que no puede seguir identificándose con el proceso de incapacitación.

### **Bibliografía**

- BARCÍA SALORIO, D. y MARTÍNEZ PARDO, F., en RUIZ OGARA, C., ET ALS. (1982), *Psiquiatría*. Barcelona: Toray Medicina 531 y 532.
- BARREIRO, A. J. (1976). *Las medidas de seguridad en el Derecho español*. Madrid: 114 y siguientes.
- BERCOVITZ RODRÍGUEZ-CANO, R. (1983). “La protección jurídica de la persona en relación con su internamiento involuntario en centros sanitarios o asistenciales por razones de salud”, *Anuario de Derecho Civil*, IV: 971 y 972.
- COBREROS MENDAZONA, E. (1981). “Aspectos jurídicos del internamiento de los enfermos mentales”, *Revista de Administración Pública*, núm. 94, enero-abril: 139.

- CUTILLAS TORNS, J. M. (1988). “Consideraciones sobre el internamiento de presuntos incapaces”, *Diario La Ley*, Tomo 1. Base de datos LA LEY
- CHIMENO CANO, M. (2001). “El internamiento psiquiátrico forzoso en Cataluña: análisis del art. 225 del Código de familia y la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil”, *Revista Jurídica de Cataluña*: 323.
- DE CASTRO, F. (1952). *Derecho Civil de España, II, primera parte*. Madrid: Civitas Ediciones: 285-286,
- FERRER I PINYOL, A.; MASIP I QUINTANA, J. y RODRÍGUEZ PIÑA, M. (2006) “Qué esperan los “enfermos mentales” de los jueces”, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), CGP Judicial: 74.
- GARCÍA GARCÍA, L. (2006). “Enfermedad mental e internamientos psiquiátricos. La respuesta judicial ante la enfermedad mental”, *Estudios de Derecho Judicial*, 92, en Ventura Mas, S. y Santos Urbaneja, F. (dir.), Madrid: Consejo General del Poder Judicial: 74.
- GARCÍA-RIPOLL MONTIJANO, M. (1992). La protección civil del enfermo mental no incapacitado, Barcelona. J.M. Bosch Editor.
- GONZÁLEZ GRANDA, P. (2006). “Reforzamiento de la protección jurídica de la incapacidad en las últimas manifestaciones normativas”, *Diario La Ley*, N.º 6521, de 7 de julio de 2006, Ref. D-166. Base de datos LA LEY.
- (2009). *Régimen Jurídico de la protección de la discapacidad por enfermedad mental*. Madrid: Editorial Reus: 13, nota 4.
- LACABA SÁNCHEZ, F. (1993). “Internamiento de incapaces: Problemática del artículo 211 del Código Civil”, *Diario La Ley*, 1993, Tomo 4, Base de Datos LA LEY.
- MAGRO SERVET, V. (2000). “La modificación legislativa de las medidas de internamiento no voluntario de personas por razones psíquicas en la Ley 1/2000 de 7 de enero, de la Ley de Enjuiciamiento Civil”, *Diario La Ley*, Ref. D-120, Tomo 4, Base de datos LA LEY.
- MARÍN LÓPEZ, J. J. (1994). *El internamiento de incapaces, Recopilación de Ponencias y Comunicaciones Planes Provinciales y Territoriales de Formación, año 1993*. Madrid: Consejo General de Poder Judicial: 148.
- RIBERA GARIJO, E-A. (1991). “Algunas cuestiones sobre el internamiento de enfermos mentales”, *Revista Jurídica de Cataluña*, XC: 171 y siguientes.
- ROMEO CASABONA, C. M. (1991). “El tratamiento jurídico del enfermo mental en el Consejo de Europa y sistema de Garantías en el Derecho Español”, *Actualidad penal*, núm. 26, 30 de junio de 1991: 329 y siguientes.
- SALAS HERNÁNDEZ, J. (1976) recensión a la obra “La marginación de los locos y el Derecho” de BERCOVITZ Y RODRÍGUEZ-CANO, R., *Revista Española de Derecho Administrativo*, Madrid, 12/1977: 186.
- TEJEDOR MUÑOZ, F. J. Y VEGA GUTIÉRREZ Y PELEGRÍN MARTÍNEZ BAZA, J. (2000). “Aspectos éticos-jurídicos del internamiento involuntario en centros sanitarios por razones de salud mental”, *Diario La Ley*, Ref. D-44, Tomo 2, Base de Datos LA LEY.

