

# La Ley en la práctica: 5 años de experiencia.

## Cumplimiento de la Ley e Internamiento Psiquiátrico

Alicia ROIG SALAS (\*)

Nuestro país dispone, en el presente, de un MARCO JURIDICO referido o referible al enfermo mental que puede calificarse de *AVANZADO*.

Los artículos 15, 17, 24, 43 y 49 de la Constitución, y la Reforma del Código Civil en materia de tutela: artículo 211, junto con el Código Penal: artículos 8.1.º y 9.1.º, el artículo 20 de la Ley de Sanidad, son muestra de ello.

La Comisión de Legislación de la ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA que ha venido trabajando desde los últimos años en el seguimiento de los cambios legislativos y en la vigilancia de los derechos del paciente psiquiátrico, ya en el año 1983 pedíamos la abolición del Decreto de 1931, como responsable de múltiples internamientos de dudosa legalidad y abandono de los derechos del enfermo mental durante los más de 40 años que estuvo vigente dicho Decreto.

Privaciones de libertad, INVOLUNTARIAS e INDEFINIDAS, falta de vigilancia, etcétera, han sido el pasado de la historia psiquiátrica, avaladas por una legislación específica (siempre peligrosa y marginadora) que, finalmente, fue abolida por anticonstitucional en octubre de 1983.

El nuevo marco legal que garantizará la involuntariedad y el internamiento

de un presunto incapaz, estará recogido desde entonces en el artículo 211 del Código Civil en materia de tutela.

Nuestra Comisión siempre ha resalado, con el apoyo total de las juntas y otras comisiones de la AEN, *la importancia de la NO existencia en nuestro país de una normativa específica que regule el internamiento psiquiátrico*. Siempre hemos planteado que de crearse una ley específica, el RETROCESO en las garantías conseguidas, la marginación —tanto en lo jurídico como en lo social— del enfermo mental sería inevitable. Es por ello que hemos *apoyado* desde el inicio el artículo 211 de la Reforma del Código Civil en materia de tutela, por ser una normativa amplia y suficiente, dirigida al presunto incapaz y que *puede cumplirse con rigor*, garantizar y velar los derechos del ciudadano.

El cambio legislativo y la falta de información a los profesionales, hospitales, justicia, etcétera, creó una situación de confusión, despertando en su momento actitudes contrarias, en los años iniciales de la Reforma, por la falta de coordinación (inexistente hasta entonces) de la Justicia con la psiquiatría.

Nuestra Comisión, en el año 1984, envió una circular a los asociados, donde definíamos y recogíamos el nuevo marco legal, tanto referido a lo civil como a lo penal.

(\*) Coordinadora de la Comisión de Legislación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Se pidió a los Ministerios de Sanidad y Justicia que informaran en sendas circulares y dieran RECOMENDACIONES a las administraciones sanitarias y de Justicia del Estado, pero esto no se llevó a cabo.

### **ESTUDIO REALIZADO EN 1986: "SOBRE EL INTERNAMIENTO PSIQUIATRICO"**

Voy a referirme a algunas observaciones que pudimos recoger a raíz del estudio que realizamos la Comisión de Legislación, en junio de 1986, después de enviar una pequeña encuesta a 100 centros psiquiátricos del país, de los cuales 30 nos respondieron:

- 21 centros dependían de diputaciones provinciales.
- 5 centros dependían de órdenes religiosas.
- 1 clínica privada.

En la encuesta se hacían preguntas genéricas acerca de la "NUEVA SITUACION LEGAL DE LOS PACIENTES CRONICOS" (larga duración de vida en los centros); acerca de los "INGRESOS INVOLUNTARIOS Y VOLUNTARIOS", y sobre la "RELACION EXISTENTE ENTRE LOS CENTROS Y LOS JUECES CIVILES O PENALES DE LA ZONA".

En cuanto a la respuesta sobre el ingreso voluntario:

- En 24 centros "el principio de voluntariedad no estaba completamente garantizado" (en uno de ellos se preveía poder *retener* al paciente durante 15 días).
- En la mayoría de los centros, el paciente debía *firmar* un impreso, solicitando el ingreso y comprometiéndose a aceptar las condiciones de hospitalización. En algunos impresos las condiciones podían ser coactivas o lesivas para el principio de voluntariedad del tratamiento, la coacción podía estar presente.

Todo ello pese a que en un inicio nuestra circular planteaba que el ingreso voluntario "no debe notificarse al juez" (para facilitar la intimidad al derecho a tratamiento de la persona), nos ha hecho reflexionar al paso de los años, en cuanto a la necesidad de que sí se deben notificar. La Junta de Jueces de Barcelona, el 9 de enero de 1984, entendió que el *ingreso voluntario* también debe ser sometido a la garantía judicial: "Todo internamiento estará sometido a control judicial". Ese sería un punto importante a debatir, ya que no contempla el Código Civil en materia de tutela, el ingreso voluntario.

En relación a los *ingresos involuntarios*.

- En 15 centros se realizaban de acuerdo con la normativa vigente.
- En siete centros NO se daban ingresos involuntarios, previa autorización judicial y tan sólo se realizaban por la vía de urgencia: notificación dentro de las 24 horas a partir del internamiento.
- En cuatro centros la respuesta a cómo se realizaban dichos ingresos no voluntarios eran anómalas.
- En tres centros "todavía se regían por el Decreto del año 1931" (ya abolido hacía dos años).

En relación a la *Coordinación de los centros psiquiátricos y la Justicia*:

- 20 respuestas de 20 centros se referían a "buenas relaciones", pese a que también eran difíciles de evaluar por ambiguas.
- Nueve directores responden que los jueces se desplazan habitualmente a la institución para visitar a los pacientes ingresados forzosamente. Las visitas, en muchas ocasiones, se realizan *cuando* ya el paciente está dado de *alta*.
- Seis directores de centros nos respondían que *nunca* los jueces se habían desplazado al centro.

— Los 15 centros restantes no respondieron a esta pregunta.

**En cuanto a la *Situación legal de los pacientes crónicos en las instituciones:***

Allí constatamos lo que nadie ignora: que en la mayoría de manicomios de nuestro país están asilados un considerable número de enfermos crónicos, con largos años de internamiento (20-30 y más). La mayoría sin sintomatología clínica podrían ser dados de alta y, de hecho, desde la derogación del Decreto de 1931 "todos son enfermos voluntarios", por ello podrían salir de los centros.

Pese a estas consideraciones la institución cerrada, el *manicomio*, en dichos pacientes, ha impreso sus huellas, *los ha convertido* en seres sin autonomía, sin derechos, sin decisión. La cronicidad institucional es implacable, y esa "gran mayoría silenciosa" que llena nuestros, todavía, vigentes manicomios —"mal llamados en la actualidad: clínicas, institutos, centros, etcétera"— sigue allí ingresada, dados los escasos, por no decir inexistentes, recursos intermedios o terciarios en el territorio que serían necesarios como red asistencial en un trabajo de rehabilitación e integración necesaria y urgente, vía a dar salida a esta población ingresada.

Con respecto a la situación legal de los enfermos crónicos en las instituciones, sólo en:

— 11 centros de los 30 que respondieron se habían iniciado las revisiones clínicas de un modo individualizado en vistas a la legalización de su situación.

— En cuatro de ellos se había pretendido la incapacitación masiva de todos sus enfermos. En uno de estos cuatro centros el juez había denegado la incapacitación de todos ellos.

— Sólo en siete centros se afirmaba haber considerado a la mayoría de los pacientes crónicos como enfermos vo-

luntarios, habiendo iniciado el envío de informes al Ministerio Fiscal.

Como vemos e imaginábamos, el panorama de los pacientes de larga estancia en los establecimientos psiquiátricos era *desolador* dado su "crónico estado de abandono".

En cuanto a la *Información dada a los pacientes de su nueva situación legal*, pudimos observar en nuestro estudio que tan sólo en:

— 10 de los centros se informaba a los pacientes de sus derechos y situación legal.

— En tres centros, sólo "en algunos casos" se informaba.

— En cinco no se daba información alguna.

— En los 12 centros restantes no se respondía a la cuestión.

Vemos, pues, cómo algo tan esencial en una sociedad democrática, como el que personas internadas en una institución conozcan sus derechos y su *status* legal, especialmente en aquellos casos donde ha habido ingreso involuntario, no se estaba dando en la práctica, ya que tradicionalmente no se había informado jamás a los pacientes.

Por ello, en nuestras conclusiones, recomendábamos una mayor agilización en la coordinación con la Justicia y el Ministerio Fiscal; la presencia del juez en las instituciones; la escucha del paciente; así como enfatizar la urgente necesidad de regular la situación jurídica de los pacientes internados largos años en los centros psiquiátricos.

*Todo ello*, no debemos olvidar que será una tarea *estéril* de no crearse una red asistencial de recursos en la comunidad, que contemplen la plena integración de dichos pacientes, así como de los nuevos crónicos que están ya hoy deambulando de los centros de salud mental a los hospitales y viceversa. Recursos que pasarían por talleres laborales, pisos atendidos o no,

residencias atendidas para los más ancianos, centros u hospitales de día, lugares de trabajo, etcétera, equipos que apoyen la rehabilitación y la integración social, junto con los recursos en la comunidad harían posible que el tradicional abandono pasara a ser una conquista avanzada en los derechos tan mutilados del paciente psiquiátrico.

## **APLICACION DEL ARTICULO 211: PROBLEMAS PLANTEADOS**

La Reforma del Código Civil en materia de tutela, y concretamente su *artículo 211*, pretenden introducir un control garantista judicial sobre el paciente, sea incapaz o presunto incapaz. El control es diseñado como garantía del derecho fundamental a la libertad.

El proceso pendular (antes la responsabilidad se decantaba en el poder médico, ahora hacia el lado de los jueces), como describe José María Mena en su trabajo "Vigilar y castigar, o Judicializar", ya en manos de los jueces, la función de garantía de la libertad de los pacientes, capaces o no. Debería dotarse de medios para ejercer tal misión a la Justicia, existiendo serias dudas de que ello vaya a ocurrir. Hasta la actualidad, lo que sí vemos es que la *Justicia* no tiene los medios necesarios y, por ello, asume su función con la general convicción de su incapacidad profunda para desempeñarla.

En las grandes ciudades, la autorización judicial de un internamiento involuntario no suele llegar a producirse; los juzgados civiles, so pretexto de exceso de trabajo, y la imposibilidad de desplazarse al centro psiquiátrico, no pueden dar cumplimiento al artículo 211 (sólo dar un ejemplo de Barcelona: con 40 juzgados civiles hace *impensable* una posible *real* coordinación de los jueces con los técnicos de la salud mental, o un acuerdo de cómo actuar de una forma homologada.

## **Lentitud en los procedimientos**

El alta del internado, en una gran mayoría de ocasiones, se produce antes de que los mecanismos judiciales se pongan en marcha, olvidando el carácter perentorio de los plazos procesales.

En otras ocasiones se incumple el citado artículo al concederse la autorización sin el preceptivo examen judicial.

Uno de los problemas seriamente preocupantes con los que nos encontramos en la práctica cotidiana, se da en aquellos casos en que los jueces no distinguen entre "AUTORIZACION" y "ORDEN JUDICIAL". Observamos "autos" confusos donde en lugar de "autorizo" se escribe "decreto", o "se ordena" el internamiento, habiéndose llegado a extremos tales como decretarse "custodia policial" para pacientes "como si se tratase de presos" (extraído del informe de la Fiscalía de Barcelona en sus visitas realizadas a centros psiquiátricos).

En dicho informe, de Pedro Martínez (fiscal de la Audiencia de Barcelona), leemos: el artículo 211 habla de autorización y *NO* de orden de ingreso, por tanto, no afecta a ninguno de los derechos fundamentales del paciente y que dicho internamiento debería realizarse con el pleno respeto a su dignidad y en la forma y garantías que establece la Ley General de Sanidad para todo usuario de servicios sanitarios.

Vemos también, como en aquellos casos en que el paciente altera (dada su crisis) la paz social o familiar y se solicita la intervención de la autoridad (policía). Ejemplo: un traslado de paciente a centro psiquiátrico; se debe constatar que en dichos casos se acude al juez de guardia, cuando *quien debe resolver el ingreso es el juez civil*. En muchas ocasiones se inhiben tanto la Administración Sanitaria como los Cuerpos de Seguridad y acaba llevándose la solicitud al juzgado de guardia.

La Fiscalía de Barcelona creó el "Servicio de Internamientos, Tutelas e In-

capacidades". Pionera en dicho Servicio, en su informe anual nos recuerda la dificultad de revisar un número tan alto como el de las 6.000 personas ingresadas en Barcelona, pese a haberse iniciado las visitas de los fiscales a los centros, donde han constatado "la enorme carencia asistencial".

Importante es el apartado donde se narra la intervención en las residencias geriátricas: 60.000 personas ancianas ingresadas en la provincia de Barcelona, y un número de centros (la mayoría privados) incalculables. La desatención, abandono e indefensión legal en la que se hallan los ancianos es una realidad en gran medida provocada por la "inexistencia de una legislación que regule los requisitos necesarios para el establecimiento de este tipo de residencias y la falta de control en los ingresos de personas ancianas, las más de las veces contra su voluntad".

## EN TORNO AL PROCEDIMIENTO DE INCAPACIDAD

Nuestra Comisión siempre ha planteado su negativa frente a posibles propuestas de incapacitación masiva de pacientes internados, considerando necesaria la incapacitación en casos donde claramente haya que vigilar los bienes del paciente, o en casos individualizados y de una manera *temporal y graduable*, se deberá promover la incapacitación, pero siempre no olvidando el carácter temporal y limitado de la misma (sobre todo en el tiempo), de lo contrario lo que se plantea como garantía *podría convertirse en un mecanismo de alienación que conduce a la persona a su muerte civil*.

- ¿Presunto incapaz? Por qué.
- Vigilancia a los tutores. Revisión. Vigilancia de las sentencias.
- Principio de contradicción (pericia).
- Exigencia periódica de rendimientos de cuentas, etcétera.

— Reflexionar en torno a la conveniencia de qué "personas jurídicas" puedan ser tutores.

La Fiscalía de Barcelona propone todas estas cuestiones en torno a la incapacidad.

## EN TORNO AL INGRESO O TRATAMIENTO DE PACIENTES QUE ESTEN SOMETIDOS A PROCESO PENAL

Como en este tema para ser rigurosos deberíamos contemplar todos los supuestos, pacientes declarados con eximente completa o incompleta; preventivos; sentenciados, etcétera, voy tan sólo a referirme a algunas de las recomendaciones repetidas en innumerables escritos por la Comisión de Legislación de la AEN una vez realizados informes diversos: Carabanchel, Fontcalent (Alicante), o unidades cerradas de judiciales como la de Santa Coloma de Gramanet (Barcelona), ya cerrada en la actualidad.

Nuestra seria preocupación acerca de otras vías de tratamiento y alternativas a ingresos cerrados en centros psiquiátricos penitenciarios, ha estado presente en las diversas visitas realizadas a centros penitenciarios o unidades de judiciales en los últimos años.

Alguno de los puntos que quiero resaltar, en relación a ello, serían:

1. La absoluta INDEFENSIÓN LEGAL Y FALTA DE GARANTIAS en la que se halla sometido el paciente recluso en los centros psiquiátricos penitenciarios y las unidades cerradas visitados por mi Comisión:

- Condena indefinida (el interno desconoce el día de su salida).
- Rígida y absoluta reclusión.
- Desamparo legal.
- La *conculcación* de los derechos.

2. Ausencia de un proceso rehabilitador en el seno de los centros y lo que puede dar una orientación más amplia, que los centros como los nombrados NIEGAN los principios básicos de una REAL RELACION TERAPEUTICA:

— Tratamiento médico-farmacológico forzoso.

— Ausencia de personal médico-psiquiátrico suficiente que avalen una mínima garantía de atención terapéutica.

— Presos ejecutando el rol de enfermero en dichos centros.

Que centros como los nombrados *niegan* los principios básicos de una real relación terapéutica, el desamparo legal, la conculcación de los derechos, la *sumisión* a tratamiento forzoso, la condena *sine-die*, etcétera, nos obligan a poner en duda la *legalidad* de dichos centros y a pedir la desaparición de ellos. Desaparición que no puede plantearse sin una real alternativa asistencial, tanto en el seno de los hospitales civiles, como servicios comunitarios asistenciales y sociales, que garanticen una asistencia sanitaria no custodial.

Algunas recomendaciones y observaciones como posibles alternativas:

— La urgente necesidad de *revisión de las causas* de cada uno de los reclusos de dichos centros —desde las Audiencias de donde han sido derivados—, así fue solicitado al Fiscal General y nos consta que desde la Fiscalía se han transmitido circulares en vías de iniciar ese proceso de control que posibilitará unas mayores garantías y desbloqueo en las altas clínicas.

— Propuesta de medidas sustitutorias a la reclusión; ateniéndonos al artículo 8.1.º del Código Penal: "Sumisión a tratamiento ambulatorio", promoviendo la atención en centros de salud mental comunitarios u otros servicios abiertos en la red social.

— En aquellos casos donde fuera preciso el internamiento, debería realizarse en régimen de igualdad de atención

a *todo usuario* en los hospitales civiles, sin que ello conllevara el *serio* conflicto para el paciente y para el hospital, de la presencia de custodia policial o centros comunitarios intermedios.

— La asistencia en las prisiones en una unidad de enfermería, realizada por los equipos de salud mental de la comunidad, garantizándose así, pese a la reclusión, una posibilidad de tratamiento al paciente y un asesoramiento continuado al personal médico y de enfermería de la propia prisión.

Soy consciente que el enfermo mental que delinque, tiene un sombrío panorama asistencial, que se agrava en la medida en que se le declara inimputable, "en esa zona de nadie" queda en un desamparo absoluto que le excluye de las garantías que otros presos o enfermos poseen, condenándoles a un *status* de reclusión indefinido. De ahí, nuestra petición de reflexionar sobre el tema de la imputabilidad a las administraciones esté siempre presente.

Muchas otras cuestiones quedan sin abordar en este tema del internamiento del paciente que ha cometido delito... Reflexiones acerca de la involuntariedad en los tratamientos y como lo uno se contradice con lo otro: siempre es bueno recordar cómo la voluntariedad es condición absoluta para todo tratamiento.

Al inicio planteaba cómo nuestro marco legal es bueno, pero también he hablado de sus gruesas insuficiencias en la puesta en práctica, desde la confusión inicial a la carencia de recursos, tanto en el campo de la justicia como en el sanitario y penitenciario.

En estos cinco años de reforma legal en materia de internamiento, y en un momento como el actual en el que se crea la nueva Ley de Plantas y Demarcación, sería fundamental, y muy necesario, que desde el Consejo General del Poder Judicial se autorizara la es-

pecialización de un juzgado de internamientos y tutelas, que permitiera, sobre todo en las grandes poblaciones, una unidad de criterios y control de garantías para un real cumplimiento de la Ley.

Preocupa, seriamente, el que existan iniciativas o ya realidades de crear nuevos centros psiquiátricos penitenciarios, en lugar de plantearse otras vías como

las ya mencionadas (Albacete, Andalucía, Barcelona).

Experiencias de trabajo de años entre jueces, fiscales y profesionales de la salud mental, muy ricas, a lo largo del Estado, creando comisiones, jornadas, unificando criterios y reflexionando a la búsqueda de un poco de luz y alternativas a las sombras, hacen pensar que hay mucho por caminar pero que algo se ha *iniciado*.

## BIBLIOGRAFIA

*Revista de la AEN*, junio, 1986: "Reflexiones sobre la práctica del internamiento psiquiátrico", por la Comisión de Legislación: T. CAPILLA, S. CARBALLO, E. GONZALEZ DURO y A. ROIG SALAS.

*Revista de la AEN*, número 21, página 341: "Resumen de la reunión de la Asociación Jueces para la Democracia-Unión Progresista de Fiscales-Comisión de Legislación de la AEN", los días 6 y 7 de febrero de 1987, por Onésimo GONZALEZ y J. S. GARCIA ZARANDIETA (fiscal).

*Memoria de la Fiscalía de Barcelona en torno al servicio creado de internamientos, incapacidades y tutelas*, por Pedro MARTINEZ (fiscal).

*Revista Poder y Control*, número 2: "Vigilar, cas-

tigar, o judicializar", por José María MENA (fiscal).

Ponencia sobre: *La declaración de incapacidad: ¿muerte civil o garantía de los derechos de la persona?*, por A. ROIG SALAS.

Informe del Comité de Estudio, al Consejo Interterritorial, sobre la *Problemática jurídica asistencial del enfermo mental*.

*Revista de la AEN*, número 14, página 379: "Informe sobre el Centro Psiquiátrico Penitenciario de Carabanchel", por la COMISION DE LEGISLACION.

*Revista de la AEN*: "Informe sobre el Centro Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent (Alicante)" por la Comisión de Legislación de la AEN: O. GONZALEZ, R. GARCIA, M.ª E. DIEZ, F. MAYORAL, A. ROIG.