

# ALGUNAS CONSIDERACIONES LEGALES SOBRE EL INGRESO DE LOS ENFERMOS MENTALES

Por FRANCISCO JAVIER YUSTE GRIJALBA

351.84 : 362.2

*Sumario:* Introducción : Evolución de las actitudes.—Evolución de la legislación.—Procedimientos para el ingreso y alta : Ingreso voluntario.—Ingreso no voluntario.—Ingreso de urgencia.—Ingreso para observación.—A modo de conclusión.

## Introducción

**D**E las características del enfermo mental dos son las que exigen una legislación especial que justifique su ingreso en los nosocomios: su posible demencia (entendida en su acepción vulgar) y su agresividad potencial o actual. En definitiva, de lo que se trata es de defender dos derechos: los del individuo y los de la sociedad.

Vamos a estudiar cómo pueden conciliarse el derecho de la sociedad a protegerse de una posibilidad de daño por parte del enfermo mental y, por otra, del derecho radical del enfermo a ser curado, analizando las distintas formas en que se ha concretado, en diversos países europeos, el ingreso del enfermo mental en un establecimiento psiquiátrico.

## EVOLUCIÓN DE LAS ACTITUDES

Antes de entrar en sus diferentes formas conviene delimitar el concepto de ingreso, para excluir de este acto, estrictamente médico (o como mucho médico-legal), todos los elementos, que fruto de desconocimientos o de prejuicios han desvirtuado su esencia.

En definitiva, se trata de pasar revista a las diferentes actitudes hacia los enfermos mentales que han motivado la promulgación de las diferentes disposiciones.

En los pueblos primitivos las enfermedades mentales eran consideradas como un castigo infligido por los espíritus superiores. Esta concepción, aún muy extendida en países subdesarrollados, y de alguna manera presente en la cultura de los países más civilizados, ha llevado a los peores excesos. Bajo esta perspectiva los enfermos mentales eran aherrojados de por vida a determinados establecimientos que, bajo el nombre de asilos, poco se diferenciaban de prisiones. Esta deplorable costumbre no ha desaparecido completamente: ciertas legislaciones permiten, hoy día, encerrar en prisión a los enfermos mentales objeto de un proceso judicial de internamiento.

La humanización de la actitud hacia el enfermo mental sólo empieza, realmente, en 1792 en Bicetre (París) cuando Pinel libera de sus cadenas a una cincuentena de alienados, algunos de los cuales las soportaron durante más de treinta años.

Desde ese momento, y por la conjunción de los avances técnicos y la acción personal de buen número de filántropos, la situación ha cambiado en términos generales. Del asilo-prisión se ha pasado al nosocomio. Sin embargo, las excepciones están presentes, si no en todas las categorías de la enfermedad mental, al menos en los casos de alcohólicos, toxicómanos y sicópatas sexuales.

Esta situación podría resumirse así: Se considera en términos generales al enfermo mental como irresponsable, por tanto, susceptible más de «internamiento» que de «prisión». Un paso adelante en esta evolución se dió ante la posibilidad de tratar y curar la mayoría de las enfermedades mentales, cuando desde la actitud de «internamiento» se pasó a la actitud de «curación». El ingreso, desde entonces, es considerado como una acción médico-legal que mira tanto a la sociedad como al enfermo.

Finalmente, y dados los conocimientos psiquiátricos actuales, en algunas sociedades se ha conseguido sobrepasar el concepto de ingreso hospitalario para tratar a los enfermos en régimen ambulatorio, bien bajo la tutela de una familia en estrecho contacto con los ser-

vicios médicos, bien bajo la supervisión de hospitales de día o de noche que permiten al enfermo, antes ingresado, pasar la mayoría de su tiempo en contacto con la comunidad sana.

#### EVOLUCIÓN DE LA LEGISLACIÓN

El ingreso de los alienados estaba, primitivamente, destinado a proteger a la sociedad; la arbitrariedad era la regla, ya que los conocimientos sobre las afecciones mentales eran, en la práctica, inexistentes.

Esta situación se suaviza haciendo intervenir la autoridad—administrativa o judicial—en toda acción de internamiento. Sin embargo, esta intervención o se situaba en la perspectiva jurídica de la interdicción (de testar, de ejercer la patria potestad, de disponer de sus bienes) o, en el deseo de salvaguardar la libertad, se caminaba por procedimientos tan complicados como traumatizantes para el enfermo y su familia.

Un gran avance fué la separación del ingreso por decisión médica del ingreso por decisión administrativa o judicial (Francia, 1838). Con el progreso de la siquiatria fué posible el diagnóstico y el tratamiento efectivo de los enfermos y se abrió paso el ingreso voluntario, incluso en los países en los que las leyes no lo preveían. Esta modalidad permitió distinguir dos tipos de servicios siquiátricos, cerrados y abiertos, destinados a enfermos peligrosos o no (España, 1925 y 1931; Países Bajos, 1884; Portugal, 1945).

Nuevos avances son el ingreso para observación por tiempo limitado, el tratamiento en régimen familiar, el alta de prueba o el ingreso de urgencia, que, en definitiva, introducen la noción de vigilancia para sustituir a la de privación de libertad.

La tendencia actual de la legislación siguiendo, como es lógico, las actitudes dominantes que los inspiran, pueden resumirse así:

1.º Hacer desaparecer de su terminología las expresiones que evocan el Derecho penal.

2.º Buscan asegurar la asistencia y el tratamiento más que el internamiento.

3.º Aparece la noción de vigilancia (en hospital o en domicilio) a través de servicios sociales.

4.º Se simplifican las formalidades de ingreso, así como las de alta en los casos en que se requiera una acción legal.

En definitiva, se intenta por todos los medios tener presente que el enfermo mental ha de ser curado, y que para su curación ha de estar en contacto con la comunidad sana siempre que sea posible.

De ahí que las sociedades más progresivas tengan presente que las más eficaces medidas de su protección discurren más por una vía de servicios siquiátricos (ambulatorios, hospitales, equipos médico-sociales) bien equipados y eficientes, que por la vía de una legislación protectora o paternalista.

A modo de resumen de esta introducción valga la frase de O. Ewins sobre las leyes norteamericanas: «Primero el máximo de facilidades para un tratamiento médico, después protección contra los tratamientos contraproducentes o degradantes, finalmente protección contra el internamiento arbitrario o contra una privación legal de derechos» (1952). Citado en el *Aperçu de Legislation sanitaire comparée*. O. M. S., 1955.

### Procedimientos para el ingreso y alta

#### INGRESO VOLUNTARIO

Buen número de enfermos son suficientemente conscientes de su estado como para hacerse hospitalizar voluntariamente. Esta forma de ingreso puede canalizarse por una doble vía: con una petición de admisión o sin ella. En el primer caso puede, a su vez, exigirse la formalidad de un certificado médico o no ser necesario. La mayor parte de los países europeos (se exceptúan Holanda y Bélgica) exigen una petición firmada por el enfermo para el ingreso voluntario. En algunos casos se prevén facilidades para los analfabetos (huella dactilar, representante legal o petición oral) y para los menores (algunos países los excluyen del ingreso voluntario). La presencia de algún testigo puede ser exigida, uno de los cuales, el médico que indicó el ingreso. Estos testigos son, preceptivamente, ajenos al establecimiento donde va a realizarse el ingreso en Yugoslavia.

El ingreso voluntario puede, en términos generales, ser desaconsejado por el director del establecimiento, si juzga la hospitalización inoportuna. En algún caso (Italia) esta forma de ingreso sólo es admitida para observación.

En algunos países (Dinamarca, Portugal, España, Suiza y Reino Unido) el enfermo debe unir a la petición de ingreso un certificado médico. En todos los casos, a veces, o sólo en el caso de los menores (Reino Unido).

En Dinamarca y Portugal el certificado puede ser firmado por el director del centro en el que se desea ingresar. Igual en España, pero si este no es el caso debe ser visado por el juez municipal o el alcalde. En otros casos la certificación sólo puede ser hecha por mé-

dicos funcionarios (Irlanda) o por dos médicos. En términos generales, el certificado incluye la descripción de los síntomas fundamentales del enfermo, no siendo necesario un diagnóstico.

Fórmula intermedia entre la exigencia y no exigencia de certificado es la sustitución de éste por dos testigos no recusables (Finlandia). En Francia, Italia y Holanda no se exige certificado médico para el ingreso voluntario.

La admisión voluntaria lleva conexas la posibilidad del alta no clínica voluntaria. Una petición con o sin preaviso, dirigida al director del hospital, suele ser la única formalidad. En Dinamarca, Holanda y Suecia, el alta no clínica no exige formalidad alguna aun cuando se deja en manos del director la posibilidad de negarla, en el caso de peligrosidad para el enfermo o para la sociedad.

En el Reino Unido está previsto que si el enfermo pierde la capacidad de expresar su consentimiento u oposición al tratamiento, no pueda ser mantenido en calidad de voluntario más de 28 días. La legislación española determina la intervención de la familia o el representante legal en estos casos, para que sean tomadas las medidas necesarias en vista de un internamiento no voluntario. Sólo en Noruega se acepta la agravación del estado mental de un enfermo sin pérdida de la calidad de voluntario.

## INGRESO NO VOLUNTARIO

### *Bajo responsabilidad médica*

La posibilidad de que un determinado enfermo se beneficie de un tratamiento precoz de su dolencia ha determinado, en algunos ordenamientos, la modalidad del ingreso bajo responsabilidad médica. En ciertos países es el procedimiento de admisión más extendido; para evitar la arbitrariedad se introducen diversas medidas de orden médico-legal: examen médico al ingreso por expertos específicamente designados, notificación del ingreso, derecho de recurso, etcétera. Fuera de éstas la calidad del personal hospitalario es siempre garantía de que los sanos no permanecerán hospitalizados. Nuestra legislación no autoriza el ingreso bajo responsabilidad médica más que para tratamiento y, en todo caso, no puede tener carácter de privación de libertad.

En el Reino Unido, y para los enfermos que pueden beneficiarse de un tratamiento temporal, puede establecerse un ingreso bajo responsabilidad médica por tiempo limitado. En todo caso es condición *sine qua non* la petición firmada por un familiar o próximo al enfer-

mo y un certificado médico firmado por el que trata al enfermo (Irlanda del Norte) o por dos médicos, uno de los cuales habilitado por el Ministerio de Salud Pública (Inglaterra y Gales).

Las condiciones de un alta no médica en los casos de ingreso no voluntario bajo responsabilidad médica, aun cuando condicionadas al criterio del director del establecimiento, gozan de una gran flexibilidad y puede acordarse a la petición de la misma persona que introdujo la demanda de ingreso. En algún caso, y como en el ingreso voluntario, es preciso un preaviso de algunos días.

Si, como es más frecuente, la duración del ingreso no puede preverse o se considera ha de ser larga, el ingreso sólo puede realizarse bajo un certificado médico y una petición firmada por un pariente (en algún caso se especifica el grado de parentesco), tutor o representante legal o por personas que vivan con el enfermo. En el caso de que estas personas no deseen asumir la responsabilidad actúan como subsidiarias las autoridades policíacas (Dinamarca) o de beneficencia (Portugal).

Nuestro ordenamiento especifica que el enfermo puede ser dado de alta antes de su curación siempre que la persona que introduzca la petición se responsabilice a vigilar al enfermo. En caso de oposición del director del centro la decisión última pertenece al gobernador civil. La misma posibilidad se da en Francia, cuya legislación distingue el alta *requise* y el alta *ordenée*, distintas. Claro está, del alta clínica. En último caso es la autoridad judicial quien decide en el vecino país.

### *Bajo decisión judicial*

Esta modalidad es la habitual del ingreso no voluntario en Italia y Alemania; en todos los países europeos, cuando se trata de enfermos peligrosos.

La autoridad judicial competente varía desde un simple magistrado hasta un comité especial asistido por especialistas. El procedimiento habitual prevé una petición de familiares o deudos, uno o varios certificados médicos y un visto bueno judicial con o sin audiencia del principal interesado (?). La decisión judicial suele ser temporal y renovada o discrecional. Por lo mismo puede versar sobre un tiempo de observación o sobre toda la duración del internamiento. La intervención del Ministerio Fiscal es exigida en Italia al fin del período de observación. Aun cuando algunas excepciones permiten los mismos procedimientos de alta que en los casos no judiciales (Ho-

landa), la mayoría de los países exigen una decisión del mismo órgano que ordenó el ingreso (magistrado, tribunal o comité especial).

Aun cuando la intervención judicial está determinada por un deseo de salvaguardar los intereses del enfermo, hoy día se pone en duda la conveniencia de esta intervención, que es, sin duda, traumatizante para el enfermo y su familia. De ahí que el Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS aconseje sustituir tales procedimientos por otros más flexibles y sustituir la autoridad judicial por comités de control de funcionamiento más rápidos.

### *Bajo decisión administrativa*

Por lo general el ingreso bajo decisión administrativa no tiene lugar más que si el enfermo constituye un peligro para el mismo o una amenaza para la seguridad pública. Suele ser de la autoridad de donde firmare la orden de ingreso, exigiéndose un certificado médico en el que conste una peligrosidad (Dinamarca) o no siendo necesaria tal formalidad (Francia).

En estas condiciones el alta puede ser acordada por la misma autoridad que dictó la orden de ingreso, acordándose al director del establecimiento la posibilidad de un pronunciamiento en contra. Como esta modalidad de ingreso, se asimila en la práctica con el ingreso de urgencia; es allí donde se estudiarán con más detalle.

### **INGRESO DE URGENCIA**

Cuando un individuo presenta súbitamente tendencias peligrosas para sí—suicidios—o para el orden público, la mayor parte de los países prevén su ingreso inmediato en un hospital psiquiátrico, en espera de cumplir las formalidades de un ingreso no voluntario cuando son requeridos. Las posibilidades que juegan en esta modalidad de ingreso son: admisión bajo la responsabilidad médica (del director del establecimiento ingresante u otro médico ajeno al mismo), petición de un pariente o deudo del enfermo y orden policial o judicial; como garantía un certificado médico aun cuando pueda no ser necesario. El ingreso de urgencia ha de ser comunicado en un lapso de tiempo más o menos breve a la autoridad competente. En España está previsto que el director de un establecimiento psiquiátrico o no, pueda ingresar enfermos mentales en caso de urgencia, advirtiendo al gobernador civil en las veinticuatro horas siguientes adjuntando un certificado médico visado por un facultativo, especialista o no, ajeno al establecimiento o al departamento psiquiátrico,

si es caso de un hospital general. La legislación francesa, junto a un procedimiento similar al nuestro, admite la posibilidad de un ingreso voluntario de urgencia sin formalidades cuando es notoria la peligrosidad del enfermo.

Una vez ingresado de urgencia el enfermo deben ser cumplimentadas todas las formalidades requeridas para un ingreso no voluntario. En una perspectiva retrospectiva todas estas formalidades traducen la desconfianza ante las medidas sicoterapéuticas. Es como si pensando en una prolongación indeterminada de la enfermedad que exige una acción urgente, se quisiera proteger la libertad del alienado de su privación prolongada. Ahora bien, ante la eficacia de los medios terapéuticos actuales, ¿no convendría liberar de formalidades un ingreso que en definitiva busca la rápida curación del enfermo?

#### INGRESO PARA OBSERVACIÓN

Varios países admiten en su legislación la posibilidad de un ingreso para observación. La finalidad es permitir que una persona sospechosa de padecer una enfermedad mental sea examinada con profundidad. El ingreso puede revestir el carácter de voluntario o emanar de la familia del enfermo; también puede ser orden de la autoridad policial o judicial.

Conviene señalar que la admisión no voluntaria—de urgencia o no—debe ser para observación en muchos ordenamientos (España, por ejemplo). El ingreso voluntario para observación no reviste más complicaciones que el ingreso voluntario en general. Los motivos invocados para este ingreso suelen ser la obtención de un certificado de salud mental.

La intervención de la autoridad (gobernador civil, policía o alcalde) puede determinar el ingreso de un individuo para observación, siempre y cuando haya testimonio médico, en la legislación española. Este ingreso no puede ser prolongado más de veinticuatro horas, a menos que el director del establecimiento o un forense certifiquen su necesidad.

Las autoridades judiciales suelen disponer un periodo de observación bajo su responsabilidad cuando un proceso civil lo aconseja. Así, el caso de Yugoslavia, en cuyo ordenamiento es posible un ingreso de observación de tres meses en el caso de demanda de interdicción.

### A modo de conclusión

Desde una perspectiva psiquiátrica la legislación europea, y netamente la española, adolece de un defecto radical: entender las relaciones enfermo mental-sociedad como una oposición dialéctica. Bajo este prisma, y aun cuando las normas intenten ser comprensivas, la legislación traduce una defensa del orden público. Esta actitud se proyecta desde las autoridades sanitarias en «insistir exageradamente en la necesidad de aumentar el número de camas para enfermos mentales, lo que impide el desarrollo de otros servicios cuya acción reduciría las admisiones o su duración». (Tercer Comité de Expertos en Salud Mental.)

En realidad, la acción administrativa sobre los enfermos mentales reposa sobre una línea polar: legislación y servicios. Los polos de esta acción, sin ser contradictorios, son excluyentes. Unos servicios de higiene mental globales (1) y dinámicos aseguran a la sociedad su derecho al orden y al enfermo su derecho a la curación. Por ello mismo hacen retroceder a las medidas legislativas, en la línea de acción administrativa, hasta su lugar exacto.

No se trata de negar la importancia y la necesidad de este tipo de medidas; se trata de situarlas en su adecuada realidad. En todo caso, mientras los servicios psiquiátricos no constituyan una realidad operante, deben seguir presentes en toda su proyección.

---

(1) Para orientación del lector, se bosquejan aquí los instrumentos de un servicio de higiene mental: dispensario para un diagnóstico precoz, tratamiento ambulatorio y de poscura y educación de la comunidad. Cuenta con uno o varios equipos de servicio social: hospital psiquiátrico para tratamientos intensivos, hospital de día y de noche, talleres protegidos para rehabilitación, hospitales para internamientos prolongados.

