

**LIBERTADES
FUNDAMENTALES,
DERECHOS BÁSICOS Y
ATENCIÓN AL ENFERMO
MENTAL**



Este informe ha sido elaborado por la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad, Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Granada para el Consejo de Europa.

Autores:

Francisco Torres González
Luis F. Barrios Flores

LIBERTADES FUNDAMENTALES, DERECHOS BÁSICOS Y ATENCIÓN AL ENFERMO MENTAL

Informe al “Comité de Expertos para el desarrollo de un instrumento de referencia para el Consejo de Europa (CoE)” basado en la revisión sistemática de documentos pertinentes del CoE, de organismos relacionados (ECHR, CPT, CHR), de la OMS, de la UE, de organizaciones profesionales y de la literatura científica, sobre la atención a la Salud Mental de la población y los cuidados a las personas con enfermedad mental.

Diciembre, 2007

Nota Preliminar

El “Comité de Expertos para el desarrollo de un instrumento de referencia para el Consejo de Europa” responsable ante Comité Europeo de Salud -CDSP¹ del CoE tuvo una reunión en Estrasburgo los días 30-31 de octubre de 2006, donde los participantes coincidieron en que el CoE, in relación con la Salud Mental, debería centrar su trabajo sobre los derechos humanos, los aspectos éticos de la provisión de servicios, la cohesión social y el punto de vista de las personas enfermas.

En aquel encuentro y en relación con los “términos de referencia”, Mr. Martin Brown, actuando como consultor del Comité, ofreció un documento de trabajo y tras haber sido éste discutido, el mismo sugirió un plan preliminar que podría resumirse del modo siguiente:

- Tres documentos principales deben ser considerados:
 - CoE La Resolución (2004)10
 - OMS Los documentos de la Conferencia de Helsinki
 - UE El Libro Verde
- Y sobre las siguientes áreas:
 1. Legislación y aspectos penales

¹ (CDSP = Comité Directeur de Santé mentale)

2. Entorno y condiciones de vida
3. Provisión de servicios
4. Estándares profesionales
5. Principios generales de tratamiento
6. Implicación y autonomía (*empowerment*) del paciente

En la siguiente reunión de 22 de marzo de 2007, el Dr. Alberto Fernández-Liria ofreció la colaboración del Ministerio de Sanidad de España para asumir el plan de trabajo y revisar los documentos. Tras una discusión general sobre los “términos de referencia” más apropiados para la revisión de documentos, el Dr. Piotr Mierzewski (División de Salud del CoE) sugirió que el trabajo debería estar dividido y restringido a

- Una revisión analítica de los documentos disponibles.
- El diseño preliminar del instrumento.

Entonces, las cuestiones investigativas propuestas fueron:

- a. *“Revisar todos los documentos del CoE para determinar aquellos que hagan mención específica a la salud mental, y producir una lista de tales documentos, indicando aquellos con relevancia primaria y secundaria*
- b. Una segunda tarea podría ser una comparación cruzada de los documentos del CoE con los de otros orígenes internacionales en el mismo área
- c. Una tercera tarea podría ser el cruce de los documentos con casos jurídicos que apoyen propuestas particulares incluidas en los documentos, por ejemplo casos jurídicos que respalden los contenidos del Capítulo 1 de la REC(2004)10
- d. Una cuarta tarea podría ser señalar dónde están los vacíos de los documentos (contenido y perspectiva)
- e. El Dr. Liria podrá indicar cualquier limitación en términos de tiempo y capacidad que pudiera existir”.

Conforme a los mencionados antecedentes y a las cuestiones a investigar, el Ministerio de Sanidad de España estableció un convenio con la Universidad de Granada (España) con el objetivo de que en ésta se realizase una revisión de la documentación producida por el Consejo de Europa (CoE) y por sus comités dependientes que tengan relevancia para la Salud

Mental y los derechos de las personas que la pierden, definiendo un conjunto básico de aspectos relativos a los derechos humanos, a la ética y a la cohesión social. Se analizará el impacto que los documentos previos emitidos por el CoE y sus comités, principalmente las normas del Comité de Prevención de Torturas (CPT), que hayan podido tener sobre las políticas y tomas de decisiones de los países miembros sobre la materia, así como la percepción suscitada por las publicaciones del CoE.

Francisco Torres-González, Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad de Granada, fue responsabilizado de la ejecución del Informe. El equipo redactor del Informe fue completado con el experto jurista Luís Fernando Barrios, Doctor en Derecho y Profesor Asociado en el Dep. de Derecho Administrativo de la Universidad de Alicante. Ambos estuvieron auxiliados por la Licenciada en Derecho Inmaculada Rodríguez Simón, contratada al efecto.

La tarea del equipo investigador se ha centrado por tanto en dos cometidos: 1) la realización de una recopilación exhaustiva de textos que conciernen a las personas que sufren enfermedad mental y 2) la elaboración de un informe en el que, de modo sistemático, se han abordado las distintas áreas temáticas, señalando sus posibles inconsistentes y lagunas.

La recopilación de textos llevada a cabo ha sido lo más completa posible, e incluye decenas de instrumentos, tanto del Consejo de Europa como de otras organizaciones internacionales. En un conjunto de anexos se compilan, por orden cronológico, los diferentes instrumentos que conciernen al tema. Dichos anexos son los siguientes:

Anexo 1: Convenios, Recomendaciones y Resoluciones del CoE.

Anexo 2: Convenios y Estándares del Comité Europeo de Prevención de la Tortura y Tratamiento o Penalización Inhumano o Degradante.

Anexo 3: Informes del Comisionado para los Derechos Humanos.

Anexo 4: Sentencias y Decisiones del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

Anexo 5: Instrumentos de la Unión Europea.

Anexo 6: Convenios y Declaraciones de las Naciones Unidas.

Anexo 7: Organización Mundial de la Salud.

Anexo 8: Declaraciones de organización profesionales.

Anexo 9: Literatura científica.

La relación cronológica de cada uno de los Anexos pretende facilitar el acceso directo a toda la documentación relevante que sobre la materia existe, dentro y fuera del Consejo de Europa, sobre la materia a la que se refiere la presente investigación. De ahí precisamente que se reproduzcan todos y cada uno de los documentos. Ello supondrá que algunos documentos que son ciertamente extensos (por ej. algunas sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos) se reproduzcan en su integridad, a fin de que el lector tenga a la vista el contexto, antecedentes y consecuencias de la resolución/sentencia/recomendación dictadas.

Por su parte, el Informe (del cual se acompaña el correspondiente índice) aborda de modo sistemático (por diferentes áreas temáticas) un análisis de toda la documentación analizada.

Esta revisión analítica de textos jurídicos y de documentos técnicos habrá de servir de base –así se hizo constar en el encargo- para la elaboración de un Instrumento de Referencia en Salud Mental que deberá hacer énfasis en principios éticos generales y de cohesión social, y deberá estar redactado en términos que permitan su uso indistinto por las administraciones públicas, por los profesionales y por los usuarios.

Por consiguiente, se ha pretendido, de un lado, sistematizar los diferentes conceptos y subconceptos; de otro, poner de relieve las concordancias entre los diversos documentos, las posibles contradicciones entre los mismos, las posibles insuficiencias o lagunas existentes e incluso se incluyen algunas sugerencias que pudieran ser tenidas en cuenta en un futuro instrumento sobre esta materia. En todo caso se ha partido de los documentos más relevantes y recientes del Consejo de Europa.

El impacto que la labor del Consejo de Europa ha tenido en diferentes países del mismo se pone de relieve en las frecuentes citas a informes, básicamente del Comisionado para los Derechos Humanos y el Comité para la Prevención de la Tortura y Tratamiento o Penalización Inhumano o Degradante. Al mismo tiempo, las numerosas citas de sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, son elocuente expresión del cumplimiento de un instrumento absolutamente fundamental en esta materia: el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales de 1950.

La extensión del Informe se justifica por el hecho de que se ha pretendido acometer los citados objetivos facilitando al lector el contacto directo con los párrafos más relevantes a tener en consideración. Por ello, en texto principal, se reproducen algunas citas especialmente importantes para tener a la vista. A la vez, en las numerosas notas a pie de página, se acompañan las concordancias y comentarios complementarios que al equipo investigador le ha parecido oportuno tener en consideración.

Informe y Anexos complementarios irán acompañados de la correspondiente introducción –justificativa del encargo- y del índice de abreviaturas (imprescindible para poder manejar una documentación ciertamente amplia).

Toda la documentación anexada está en inglés, salvo que el documento original (por ej. sentencias de la CDHR) tenga una única versión oficial en otra lengua (francés). No obstante, para la mejor comprensión del texto hemos introducido la versión –no oficial- de algún documento relevante –la Recomendación 2004 (10), es ilustrativo ejemplo de ello-.

Glosario de Acrónimos

- CDPRR (2004) 195** Consejo de Europa. CM(2004)195. 6.1 Comité de Rehabilitación e Integración de personas con discapacidades (Acuerdo Parcial) (CD-P-RR). (Adoptado el Comité de Ministros el 27 de octubre de 2004 en el 907ª reunión. 6 Acuerdo Social. Informe resumido de la 27ª sesión (Bucarest 21-24 de septiembre de 2004).
- CEHM-PMH'85** Consejo de Europa. Conferencia de Ministros Europeos de Salud. Promoción de la Salud Mental. Adoptada el 16-18 de abril de 1985 en Estocolmo.
- CHM'96** Consejo de Europa. 5ª Conferencia de Ministros de Salud de los Estados miembros. "Equidad y derechos de los pacientes en el contexto de la reforma de salud", 7 a 8 de noviembre de 1996, Varsovia.
- CHRB'97** Consejo de Europa. Convención para la protección de los derechos humanos y la dignidad de los seres humanos en relación a la aplicación de la biología y la medicina: Convención de Derechos Humanos y Biomedicina. Oviedo, 4 de abril de 1997.
- CPAPPD'81** Consejo de Europa. Convención para la protección de los individuos en relación al tratamiento automatizado de datos personales. Estrasburgo, 28 de enero de 1981.
- CPTStandards'06** Comité para la Prevención de la Tortura. CPT Standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2006.
- DHawaii-II'83** Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaración de Hawai/II, aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría en Viena el 10 de julio de 1983.
- DRDP'75** Naciones Unidas. Declaración de los derechos de las personas discapacitadas, proclamada por la Asamblea General, Resolución 3447 (XXX) de 9 de diciembre de 1975.
- ECHPR'02** Carta Europea de Derechos del Paciente, Versión final, presentada en Bruselas el 15 de noviembre de 2002.
- ECHR'50** Consejo de Europa. Convención para la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales, enmendada por el Protocolo núm. 11, Roma, 4 de noviembre de 1950.
- ECPT'87** Comité para la Prevención de la Tortura. Convención Europea para la prevención de la y tortura y de las penas o tratos inhumanos o

degradantes. [CPT/Inf/C \(2002\) 1](#), (Parte 1) – Estrasburgo, 26 de noviembre de 1987.

- ER/ECPT’89** Comité para la Prevención de la Tortura. Informe Explicativo de la Convención para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes. [CPT/Inf/C \(89\) 1](#) (Parte 2) – Estrasburgo, 26 de noviembre de 1987.
- ESC’61** Consejo de Europa. Carta Social Europa de 18 de octubre de 1961. Revisado el 3 de mayo de 1996.
- GP’2005** Unión Europea. Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población: Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental, Bruselas, 14 de octubre de 2005, COM(2005)484.
- ICCPR’66** Naciones Unidas. Convenio Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptada y abierta para la firma, ratificación y adhesión por la Resolución de la Asamblea General núm. 2200A (XXI) de 16 de diciembre de 1966, con entrada en vigor el 23 de marzo de 1976, de conformidad con el artículo 49.
- ICESCR’66** Naciones Unidas. Convenio Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptada y abierta para la firma, ratificación y adhesión por la Resolución de la Asamblea General núm. 2200A (XXI) de 16 de diciembre de 1966, con entrada en vigor el 3 de enero de 1976, de acuerdo con el artículo 27.
- MDPD’03** Consejo de Europa. Declaración Ministerial sobre personas con discapacidades “Progresando hacia la plena participación como ciudadanos”, adoptada en la Segunda Conferencia Europea de Ministros responsables de políticas de integración para personas con discapacidades, Málaga, mayo de 2003.
- PAHO-WHO Brasilia’05** Organización Panamericana de Salud. Principios de Brasilia. Guía, Principios y Desarrollo de la asistencia en salud mental en las Américas, Brasilia, noviembre de 2005.
- PAHO-WHO Caracas’90** Organización Panamericana de Salud. Declaración de Caracas, Caracas, noviembre de 1990.
- Rec 818 (1977)** Consejo de Europa. Recomendación 818 (1977), sobre la situación de los enfermos mentales.
- Rec (80) 4** Consejo de Europa. Recomendación No. R (80) 4, del Comité de Ministros a los Estados Miembros relative a la participación active de los pacientes en su propio tratamiento (adoptada por el Comité de Ministros el 30 de abril de 1980 en la 318ª reunión de los Delegados Miniseriales).
- Rec (80) 15** Consejo de Europa. Recomendación No. R (80) 15, del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la major distribución de

cuidados medicos intra y extrahospitalarios (adoptada por el Comité de Ministros el 14 de noviembre de 1980, en la 325ª reunión de los Delegados Ministeriales).

- Rec (81) 1** Consejo de Europa. Recomendación No. R (81) 1, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre regulación de los bancos de datos medicos automatizados (adoptada por el Comité de Ministros el 23 de enero de 1981, en la 328ª reunión de los Delegados Ministeriales).
- Rec (83)2** Consejo de Europa. Recomendación No. R (83) 2, del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la protección legal de las personas aquejadas de trastorno mental ingresadas como pacientes involuntarios (adopta por el Comité de Ministros el 22 de febrero de 1983, en la 356ª reunión de los Delegados Ministeriales).
- Rec (83) 5** Consejo de Europa. Recomendación No. R (83) 5, del Comité de Ministros a los Estados Miembros, sobre una mayor capacitación de las enfermeras (adoptada por el Comité de Ministros el 26 de mayo de 1983, en la 360ª reunión de los Delegados Ministeriales).
- Rec (83) 10** Consejo de Europa. Recomendación No. R (83) 10, del Comité de Ministros a los Estados Miembros, sobre protección de datos personales utilizadas para la investigación científica y usos estadísticos (adoptada por el Comité de Ministros el 23 de septiembre de 1983, en la 362ª reunión de los Delegados Ministeriales).
- Rec (86) 5** Consejo de Europa. Recomendación No. R (86) 5, del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre asistencia médica universal (adoptada por el Comité de Ministros el 17 de febrero de 1986, en la 393ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec (86) 18** Consejo de Europa. Recomendación No. R (86) 18, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre una Carta Europea de deporte para todos: personas discapacitadas (adoptada por el Comité de Ministros el 4 de diciembre de 1986, en la 402ª reunión de los Delegados Ministeriales).
- Rec (87) 3** Consejo de Europa. Recomendación No. R (87) 3, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre Reglas Penitenciarias Europeas (adoptada por el Comité de Ministros el 12 de febrero de 1987, en la 404ª reunión de los Delegados Ministeriales).
- Rec (87)23.** Consejo de Europa. Recomendación N° R (87) 23, del Comité de Ministros a los Estados Miembros, sobre sistemas de información hospitalaria (adoptada por el Comité de Ministros el 22 de octubre de 1987, en la 411ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec (89) 4** Consejo de Europa. Recomendación No. R (89) 4, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre recogida de datos

epidemiológicos en atención primaria (adoptada por el Comité de Ministros el 6 de marzo de 1989, en la 424ª reunión de Delegados Ministeriales).

- Rec (90) 21** Consejo de Europa. Recomendación N° R (90) 21, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre estrategias de capacitación en los sistema de información de salud (adoptada por el Comité de Ministros el 18 de octubre de 1990, en la 445ª reunión de los Delegados Ministeriales).
- Rec (90) 22** Consejo de Europa. Recomendación N° R (90) 22, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre protección de la salud mental de ciertos grupos sociales vulnerables (adoptada por el Comité de Ministros el 18 de octubre de 1990, en la 445ª reunión de los Delegados Ministeriales).
- Rec (91) 15** Consejo de Europa. Recomendación N° R (91) 15, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre cooperación europea en estudios epidemiológicos de salud mental (adoptada por el Comité de Ministros el 11 de octubre de 1991, en la 463ª reunión de los Delegados Ministeriales).
- Rec (92) 6** Consejo de Europa. Recomendación N° R (92) 6, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre una política coherente par alas personas con discapacidad (adoptada por el Comité de Ministros el 9 de abril de 1992, en la 474ª reunión de los Delegados Ministeriales).
- Rec (93) 1.** Consejo de Europa. Recomendación N° R (93) 1, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre un acceso efectivo de personas sin recursos a la ley y a la justicia (adoptada por el Comité de Ministros el 8 de enero de 1993, en la 484ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec (93) 3** Consejo de Europa. Recomendación N° R (93) 3, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre planificación de recursos de salud (adoptada por el Comité de Ministros el 22 de marzo de 1993, en la 490ª reunión de los Delegados Ministeriales).
- Rec (93) 8** Consejo de Europa. Recomendación N° R (93) 8, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre organización de la formación multiprofesional del personal de salud (adoptada por el Comité de Ministros el 18 de octubre de 1993, en la 500ª reunión de los Delegados Ministeriales).
- Rec 1235 (1994)** Consejo de Europa. Recomendación 1235 (1994), sobre psiquiatría y derechos humanos. Texto adoptado por la Asamblea de 12 de abril de 1994 (10ª sesión).
- Rec (96) 1** Consejo de Europa. Recomendación N° R (96) 1, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre investigación en enfermería

(adoptada por el Comité de Ministros el 15 de febrero de 1996, en la 558ª reunión de Delegados Ministeriales).

- Rec (97) 5** Consejo de Europa. Recomendación N° R (97) 5, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre protección de datos medicos (adoptada por el Comité de Ministros el 13 de febrero de 1997, en la 584ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec (98) 7** Consejo de Europa. Recomendación N° R (98) 7, del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a los aspectos éticos y organizativos de los cuidados de salud en prisión (adoptada por el Comité de Ministros el 8 de abril de 1998, en la 627ª reunión de Delegados Ministeriales)).
- Rec (98) 9** Consejo de Europa. Recomendación N° R (98) 9, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre dependencia (adoptada por el Comité de Ministros el 18 de septiembre de 1998, en la 641ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec (98) 11** Consejo de Europa. Recomendación N° R (98) 11, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre organización de los cuidados de salud de enfermos crónicos (adoptada por el Comité de Ministros el 18 de septiembre de 1998, en la 641ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec (99) 4** Consejo de Europa. Recomendación No. R (99) 4, del Comité de Ministros a los Estados Miembros, relativa a la protección legal de adultos incapaces (adoptada por el Comité de Ministros el 23 de febrero de 1999, en la 660ª reunion de Delegados Ministeriales).
- Rec (99) 21** Consejo de Europa. Recomendación No. R (99) 21, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre criterios para la gestión de listas y tiempos de espera en asistencia sanitaria (adoptada por el Comité de Ministros el 30 de septiembre de 1999, en la 681ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec (2000) 5** Consejo de Europa. Recomendación No. R (2000) 5 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre desarrollo de estructuras para la participación de ciudadanos y pacientes en el proceso de toma de decisiones que afecte a la asistencia sanitaria (adoptada por el Comité de Ministros el 24 de febrero de 2000, en la 699ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec (2000) 18** Consejo de Europa. Recomendación Rec(2000)18, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre el papel de la intervención psicosocial en la prevención de la criminalidad (adoptada por el Comité de Ministros el 6 de octubre de 2000, en la 724ª reunión de Delegados Ministeriales).

- Rec (2000) 20** Consejo de Europa. Recomendación Rec(2000)20, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre criterios para el desarrollo de políticas de promoción de la salud (adoptada por el Comité de Ministros el 21 de septiembre de 2000, en la 722ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec (2001) 10** Consejo de Europa. Recomendación Rec(2001)10, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre el Código Europeo de Ética Policial (adoptada el 19 de septiembre de 2001 en la 765ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec (2001) 12** Consejo de Europa. Recomendación Rec(2001)12, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre adaptación de los servicios de salud a la demanda de cuidados de población marginal (adoptada por el Comité de Ministros el 10 de octubre de 2001, en la 768ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec 1592 (2003)** Consejo de Europa. Recomendación 1592 (2003), Hacia una plena inclusión social de las personas discapacitadas. Texto adoptado por la Asamblea el 29 de enero de 2003 (5ª sesión).
- Rec (2004) 17** Consejo de Europa. Recomendación Rec (2004) 17, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre el impacto de la información tecnológica en asistencia sanitaria –el paciente e Internet (adoptada por el Comité de Ministros el 15 de diciembre de 2004, en la 909ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec (2004) 10** Consejo de Europa. Recomendación Rec (2004)10, del Comité de Ministros a los Estados Miembros relative a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental (adoptada por el Comité de Ministros el 22 de septiembre de 2004, en la 896ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec (2005) 5** Consejo de Europa. Recomendación Rec(2005)5, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre derechos de los niños que vivan en instituciones residenciales (adoptada por el Comité de Ministros el 16 de marzo de 2005, en la 919ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec (2005) 9** Consejo de Europa. Recomendación Rec(2005)9, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre protección de testigos y colaboradores de la justicia (adoptada por el Comité de Ministros el 20 de abril de 2005, en la 924ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec 1715 (2005)** Consejo de Europa. Recomendación 1715 (2005), de la Asamblea Parlamentaria, Mejorando la respuesta a las necesidades de salud mental en Europa (Respuesta adoptada por el Comité de Ministros el 18 de enero de 2006, en la 953ª reunión de los Delegados Ministeriales).

- Rec (2006) 2** Consejo de Europa. Recomendación Rec(2006)2, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre Reglas Penitenciarias Europeas (adoptada por el Comité de Ministros el 11 de enero de 2006, en la 952ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec (2006) 3** Consejo de Europa. Recomendación Rec(2006)3, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre la Convención de la UNESCO relative a la protección y promoción de la diversidad de expresiones culturales (adoptada por el Comité de Ministros el 1 de febrero de 2006, en la 954ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec (2006) 5** Consejo de Europa. Recomendación Rec(2006)5, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre el Plan de Acción del Consejo de Europa para promover los derechos y plena participación de las personas discapacitadas en la sociedad: mejorando la calidad de vida de la población europea discapacitada 2006-2015 (adoptada por el Comité de Ministros el 5 de abril de 2006, en la 961ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec (2006) 7** Consejo de Europa. Recomendación Rec(2006)7, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre gestión de la seguridad del paciente y prevención de efectos adversos en asistencia sanitaria (adoptada por el Comité de Ministros el 24 de mayo de 2006, en la 965ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec (2006) 17** Consejo de Europa. Recomendación Rec(2006)17, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre hospitales en transición: una nueva balance en el cuidado institucional y comunitario (adoptada por el Comité de Ministros el 8 de noviembre de 2006, en la 979ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Rec (2006) 18** Consejo de Europa. Recomendación Rec(2006)18, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre servicios de salud en una sociedad multicultural (adoptada por el Comité de Ministros el 8 de noviembre de 2006, en la 979ª reunión de Delegados Ministeriales).
- Res 1460 (2005)** Consejo de Europa. Resolución 1460 (2005), Mejorando la respuesta a las necesidades en salud mental en Europa. Debate de la Asamblea del 24 de junio de 2005 (24ª session).
- Res. 20.12.1996.** European Union. Resolution of the council and of the representatives of the governments of the member states meeting within the council of 20 December 1996 on equality of opportunity for people with disabilities.
- ResAP (2001) 2** Consejo de Europa. Resolución ResAP(2001)2, relative al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad social (adoptada por el Comité de Ministros el 21 de marzo de 2001, en la 756ª reunión de Delegados Ministeriales).

- ResAP (2005) 1** Consejo de Europa. Resolución ResAP(2005)1, sobre salvaguardia de niños y adultos con discapacidades frente al abuso (adoptada por el Comité de Ministros el 2 de febrero de 2005, en la 913ª reunión de Delegados Ministeriales).
- UDHR'48** Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General, Resolución 217 A (III) de 20 de diciembre de 1948.
- UN-CRC'89** Naciones Unidas. Convención de los Derechos del Niño, Asamblea General de 20 de noviembre de 1989. Documento A/RES/44/25 (de 12 de diciembre de 1989).
- UND/NERLM'92** Naciones Unidas. Declaración de Derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas o lingüísticas, adoptada por la Asamblea General, Resolución 47/135 de 18 de diciembre de 1992.
- UND-SREOPD'93** Naciones Unidas. Reglas para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, adoptada por la Asamblea General, Resolución 48/96 de 20 de diciembre de 1993.
- UNPMEP'82** Naciones Unidas. Principios de Ética Médica relativos al papel del personal de salud, especialmente médicos, en la protección de presos y detenidos frente a la tortura y otras penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, adoptada por la Asamblea General, Resolución 37/194 de 18 de diciembre de 1982.
- UNPMI'91** Naciones Unidas. Principios para la protección de las personas con enfermedad mental y para la mejora de su asistencia, adoptada por la Asamblea General, Resolución 46/119 de 17 de diciembre de 1991.
- UNRPJ'90** Naciones Unidas. Reglas para la protección de los jóvenes privados de libertad, adoptada por la Asamblea General, Resolución 45/113 de 14 de diciembre de 1990.
- WHO-A55/18.2002** Organización Mundial de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de Salud. Salud mental: respondiendo a una llamada para la acción. A55/18. 2002.
- WHO-Alma Ata'78** Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, Alma-Ata, Kazajistán, 1978.
- WHOAmsterdam'94** Organización Mundial de la Salud. Declaración para la Promoción de los Derechos del paciente en Europa., Amsterdam, 29-30 de marzo de 1994.
- WHO-Briefings' 04** Organización Mundial de la Salud. Instrucciones de la OMS, Conferencia Europea Ministerial de Helsinki, noviembre de 2004.

- WHO-GMHPE'01** Organización Mundial de la Salud. Políticas de salud de género en Europa, Madrid, septiembre de 2001.
- WHO-IAPM'05b** Organización Mundial de la Salud. Mejorando el acceso y uso de medicamentos psicotrópicos. Mental Health Policy and Service Guidance Package. 2005b.
- WHO-MHA'01** Organización Mundial de la Salud. Atlas de recursos de salud mental en el mundo, 2001, World Health Organization 2001.
- WHO-MHA'05** Organización Mundial de la Salud. Atlas de salud mental, 2005 World Health Organization 2005. ISBN 92 4 156296 X.
- WHO-MHAPE'05** Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mental para Europa. Fijando objetivos, construyendo soluciones, Helsinki, 12–15 de enero de 2005, EUR/04/5047810/7, 14 de enero de 2005, 52671.
- WHO-MHDE'05** Organización Mundial de la Salud. Declaración de Salud Mental para Europa. Fijando objetivos, construyendo soluciones, Helsinki 12–15 de enero de 2005, EUR/04/5047810/6, 14 de enero de 2005, 52667.
- WHO-TFF'06** Organización Mundial de la Salud. 10º Foro de futuro. Hacia la equidad en salud, Oslo, 29–30 de agosto de 2006.
- WHO-WHR'04** Organización Mundial de la Salud, Informe Mundial de Salud 2004, Ginebra, World Health Organization 2004.
- WMABali'1995** Asociación Médica Mundial. Declaración sobre cuestiones éticas relativas a personas con enfermedad mental, adoptada por la 47ª Asamblea General, Bali, septiembre de 1995 (revisada por la Asamblea de la Asociación Médica Mundial de Pilanesberg, octubre de 2006).
- WMA-Budapest'93** Asociación Médica Mundial. Declaración sobre defensa del paciente y confidencialidad, adoptada por la 45ª Asamblea Médica Mundial, Budapest, octubre de 1993 (revisada por la Asamblea de la Asociación Médica Mundial de Pilanesberg, octubre de 2006).
- WMA-ICME'49** Asociación Médica Mundial, Código de Ética Médica, adoptado por la 3ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial, Londres, octubre de 1949 (modificado por la 22ª Asamblea Médica Mundial de Sydney en agosto de 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial de Venecia en octubre de 1983 y la Asamblea Médica Mundial de Pilanesberg, Octubre de 2006).
- WMA-Pilanesberg'06.** Asociación Médica Mundial. Declaración sobre responsabilidad de los médicos en la prevención y tratamiento con opiáceos y psicotrópicos, adoptada por la Asamblea de la Asociación Médica Mundial de Pilanesberg, octubre de 2006.

- WMA-Somerset'96** Asociación Médica Mundial. Declaración sobre responsabilidad profesional y estándares de la atención médica, adoptada por la 48ª Asamblea General de Somerset West, octubre de 1996 (revisada en la 174ª sesión del Consejo de Pilanesberg, octubre de 2006).
- WMA-Vienna'88** Asociación Médica Mundial. Declaración sobre acceso a la atención sanitaria, adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial de Viena, septiembre de 1988 (revisada por la Asamblea General de Pilanesberg, octubre de 2006).
- WPA-Granada'99.** Asociación Mundial de Psiquiatría. Documento de consenso sobre cuidados y necesidades de las personas que padezcan esquizofrenia crónica en la comunidad, Symposium regional de las Américas, Guadalajara (México), Octubre de 1998 y Conferencia Temática de Granada, marzo de 1999.
- WPAMadrid'96** Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaración sobre estándares éticos y práctica psiquiátrica, aprobada por la Asamblea General de 25 de agosto de 1996 (modificada por la Asamblea General de Yokohama, agosto de 2002).
- WPA-RLSMI-Athens'89** Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaración y puntos de vista sobre derechos y salvaguardas del paciente mental, adoptada por la Asamblea General de Atenas, 17 de octubre de 1989.
- WPA-Yokohama'02** Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaración de Madrid sobre estándares éticos de la práctica psiquiátrica, aprobada por la Asamblea por la Asamblea General de Madrid el 25 de agosto de 1996 (enmendada en la Asamblea General de Yokohama, en agosto de 2002).
- WP-CDBI'2000** Consejo de Europa. Libro Blanco sobre protección de los derechos humanos y la dignidad del paciente que sufra trastorno mental, especialmente aquellos ingresados como pacientes involuntarios en un establecimiento psiquiátrico, CM (2000) 23, 10 February 2000, Steering Committee on Bioethics (CDBI).

INDICE

CAPÍTULO I DERECHOS Y LIBERTADES FUNDAMENTALES

- 1.1. Dignidad de las personas con trastornos mentales.
 - 1.1.1. La dignidad del paciente.
 - 1.1.2. La dignidad del trato y del tratamiento.
- 1.2. Protección de la vida humana.
- 1.3. Respeto a la integridad corporal.
- 1.4. Prohibición de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes.
- 1.5. Prohibición de la discriminación.
- 1.6. Autonomía personal y consentimiento informado.
 - 1.6.1. Promoción de la autonomía personal.
 - 1.6.2. La regla general: el consentimiento informado.
 - 1.6.3. Excepciones.
 - 1.6.4. Voluntades anticipadas.
 - 1.6.5. Reglas especiales en ensayos clínicos.
- 1.7. Derecho a la información.
- 1.8. Privacidad y confidencialidad de datos.
 - 1.8.1. Privacidad.
 - 1.8.2. Confidencialidad de datos.
- 1.9.- El principio de conservación de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.
 - 1.9.1. El principio de conservación de derechos.
 - 1.9.2. Derechos civiles.
 - 1.9.3. Derechos políticos.
 - 1.9.4. Derechos sociales.
 - 1.9.4.1. Derecho a la salud.
 - 1.9.4.2. Derecho al trabajo.
 - 1.9.4.3. Derecho a la seguridad social.
 - 1.9.4.4. Derecho a la asistencia social.
 - 1.9.5. Derechos económicos.
 - 1.9.6. Derechos culturales.

CAPÍTULO 2 TRATAMIENTO E INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO

- 2.1. Tratamiento e internamiento voluntario.
- 2.2. Internamiento involuntario.
 - 2.2.1. Criterios de internamiento involuntario.
 - 2.2.1.1. Por razones terapéuticas.

- 2.2.1.2. Con fines de evaluación.
- 2.2.2. Traslado al hospital y eventual intervención policial.
- 2.2.3. Procedimiento de admisión.
 - 2.2.3.1. Evaluación médica.
 - 2.2.3.2. Procedimiento de autorización.
 - 2.2.3.2.1. Ingreso ordinario.
 - 2.2.3.2.2. Ingreso de urgencia.
 - 2.2.3.2.3. Ingreso para evaluación.
 - 2.2.3.3. Comunicaciones e información derivada del internamiento.
- 2.2.4. Garantías del procedimiento.
 - 2.2.4.1. Derecho a que la legalidad de la medida o su prolongación sea revisada por un tribunal a intervalos razonables.
 - 2.2.4.1.1. Legalidad de la medida o prolongación de la misma.
 - 2.2.4.1.2. Verificación de la legalidad por un tribunal u órgano no judicial independiente e imparcial.
 - 2.2.4.1.3. Revisión periódica por un tribunal.
 - 2.2.4.1.4. Plazos razonables de revisión.
 - 2.2.4.2. Derecho a una audiencia judicial.
 - 2.2.4.3. Derecho a elegir y nombrar consejero y abogado.
 - 2.2.4.4. Derecho a la asistencia de un intérprete.
 - 2.2.4.5. Derecho a los medios de prueba.
 - 2.2.4.6. Derecho a recurso judicial.
 - 2.2.4.7. Derecho a reparación por el internamiento indebido.
- 2.2.5. Estándares de la institución.
 - 2.2.5.1. Registro de instituciones.
 - 2.2.5.2. Ambiente y condiciones de vida de las instituciones psiquiátricas.
 - 2.2.5.3. Derecho a comunicaciones y visitas.
 - 2.2.5.4. Traslado entre instituciones.
 - 2.2.5.5. Quejas.
 - 2.2.5.6. Inspección de las instituciones y control de la calidad asistencial.
- 2.2.6. Uso de medios coercitivos.
 - 2.2.6.1. Principios reguladores.
 - 2.2.6.2. Contención mecánica.
 - 2.2.6.3. Aislamiento.
 - 2.2.6.4. Contención química.
- 2.2.7. Duración y fin del internamiento involuntario.
 - 2.2.7.1. Internamiento para evaluación.
 - 2.2.7.2. Internamiento para tratamiento.
 - 2.2.7.2.1. Limitación temporal de los internamientos involuntarios.
 - 2.2.7.2.2. La necesidad de revisiones periódicas.
 - 2.2.7.2.3. El derecho del paciente a solicitar la revisión de la prolongación de su internamiento involuntario.
 - 2.2.7.2.4. Las facultades del facultativo y del establecimiento en general.
 - 2.2.7.2.5. Las facultades del juez u órgano independiente de revisión.

- 2.2.7.2.6. Continuación del tratamiento tras el internamiento involuntario.
- 2.2.8. Internamiento involuntario de menores.
- 2.3. Tratamiento involuntario.
 - 2.3.1. Principios generales del tratamiento del trastorno mental.
 - 2.3.1.1. Plan de tratamiento apropiado e individualizado.
 - 2.3.1.2. En interés del paciente.
 - 2.3.1.3. Carácter integral.
 - 2.3.1.4. Promoción de la autonomía personal y de la participación del paciente.
 - 2.3.1.5. Principio de menor restricción.
 - 2.3.1.6. Revisión periódica.
 - 2.3.1.7. Documentación.
 - 2.3.2. Relación entre el internamiento y el tratamiento.
 - 2.3.3. Supuestos admitidos.
 - 2.3.4. Procedimiento de autorización.
 - 2.3.4.1. Procedimiento ordinario.
 - 2.3.4.2. Procedimiento de urgencia.
 - 2.3.5. Duración y revisión.
 - 2.3.6. Tratamientos especiales.
 - 2.3.6.1. Tratamientos psiquiátricos.
 - 2.3.6.1.1. Medicación.
 - 2.3.6.1.2. Terapia electroconvulsiva.
 - 2.3.6.1.3. Psicocirugía.
 - 2.3.6.2. Tratamientos no específicamente psiquiátricos.
 - 2.3.6.2.1. Intervenciones especialmente invasivas.
 - 2.3.6.2.2. Esterilización.
 - 2.3.6.2.3. Aborto.

CAPÍTULO III

ENFERMOS MENTALES DELINCUENTES

- 3.1. Detención.
 - 3.1.1. Derecho a la libertad y seguridad y excepciones.
 - 3.1.2. Facultades de la policía.
 - 3.1.3. Derechos del detenido.
 - 3.1.3.1. Información sobre las razones de la detención.
 - 3.1.3.2. Información sobre derechos.
 - 3.1.3.3. Examen médico.
 - 3.1.3.4. Derecho a ser puesto a disposición judicial u otra autoridad prevista por la ley.
 - 3.1.3.5. Acceso de un representante o persona de confianza y al abogado.
 - 3.1.3.6. Derecho a comunicar la detención a terceros designados por el detenido (familiares, amigos, consulado).
 - 3.1.3.7. Derecho a recurso.
 - 3.1.3.8. Derecho a ser indemnizado en el supuesto de detención ilegal.
 - 3.1.3.9. Asistencia médica.
 - 3.1.4. Práctica de la detención.

- 3.1.4.1. Interrogatorio policial y prevención de tratos inhumanos o degradantes.
- 3.1.4.2. Registro de la detención.
- 3.1.4.3. Condiciones de la detención.
- 3.1.4.4. Inspección y quejas.
- 3.2. Proceso penal.
 - 3.2.1. Prisión preventiva.
 - 3.2.2. Enjuiciamiento.
 - 3.2.3. Ejecución de la sentencia.

CAPÍTULO IV

EQUIDAD EN LA PROVISIÓN SERVICIOS Y EN EL ACCESO A LOS MISMOS

- 1. La Salud Mental europea en cifras.
 - 1.1. La Carga de Enfermedad en Europa y en el Mundo.
 - 1.2. La promoción de la Salud Mental y la prevención de las enfermedades mentales.
 - 1.3. Atender las enfermedades mentales de acuerdo a las necesidades y a la brecha terapéutica.
- 2. La atención a la Salud Mental europea en cifras.
 - 2.1. Presupuestos.
 - 2.2. Legislación.
 - 2.3. La enfermedad mental en Europa y en el Mundo.
 - 2.4. Camas psiquiátricas y cambio de paradigma hacia la Salud Mental Comunitaria como modelo de atención.
 - 2.5. Recursos humanos.
 - 2.6. Accesibilidad a los medicamentos.
 - 2.7. Salud Mental en Atención Primaria.
 - 2.8. Políticas y Programas.
- 3. Promover la Salud Mental entre la población.
- 4. Equidad.
 - 4.1. Acceso equitativo a los servicios de salud.
 - 4.2. Acceso equitativo a los servicios de salud de las personas con discapacidad.
 - 4.3. Investigación y evaluación.
- 5.- Principios para la salvaguarda de la equidad y los estándares de calidad.
 - 5.1. Atención basada en la Comunidad.
 - 5.2. Acceso al tratamiento.
 - 5.3. Acceso a los psicofármacos.
 - 5.4. Acceso a la psicoterapia y a las terapias psico-sociales.
 - 5.5. Acceso y regulación de terapias especiales.
 - 5.5.1. Terapia Electro-Convulsivante (TEC).

5.5.2. Psicocirugía.

6. Tratamiento de personas con enfermedad mental en hospitales y otras instituciones cerradas.

6.1. Unidades psiquiátricas en hospitales generales o somáticos y la hospitalización involuntaria.

6.2. Rehabilitación basada en unidades hospitalarias.

6.3. Unidades psiquiátrico forenses.

7. La persona con enfermedad mental en centros penitenciarios cerrados.

8. Las personas con enfermedad mental de larga evolución como grupo vulnerable.

CAPÍTULO I

DERECHOS Y LIBERTADES FUNDAMENTALES

- 1.1.- Dignidad de las personas con trastornos mentales.**
 - 1.1.1.- La dignidad del paciente.**
 - 1.1.2.- La dignidad del trato y del tratamiento.**
- 1.2.- Protección de la vida humana.**
- 1.3.- Respeto a la integridad corporal.**
- 1.4.- Prohibición de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes.**
- 1.5.- Prohibición de la discriminación.**
- 1.6.- Autonomía personal y consentimiento informado.**
 - 1.6.1.- Promoción de la autonomía personal.**
 - 1.6.2.- La regla general: el consentimiento informado.**
 - 1.6.3.- Excepciones.**
 - 1.6.4.- Voluntades anticipadas.**
 - 1.6.5.- Reglas especiales en ensayos clínicos.**
- 1.7.- Derecho a la información.**
- 1.8.- Privacidad y confidencialidad de datos.**
 - 1.8.1.- Privacidad.**
 - 1.8.2.- Confidencialidad de datos.**
- 1.9.- El principio de conservación de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.**
 - 1.9.1.- El principio de conservación de derechos.**
 - 1.9.2.- Derechos civiles.**
 - 1.9.3.- Derechos políticos.**
 - 1.9.4.- Derechos sociales.**
 - 1.9.4.1.- Derecho a la salud.**
 - 1.9.4.2.- Derecho al trabajo.**
 - 1.9.4.3.- Derecho a la seguridad social.**
 - 1.9.4.4.- Derecho a la asistencia social.**
 - 1.9.5.- Derechos económicos.**
 - 1.9.6.- Derechos culturales.**

1.1.- Dignidad de las personas con trastornos mentales.

1.1.1.- La dignidad del paciente.

El fundamento de todos los derechos y libertades humanas es la dignidad de la persona, como señaló el Preámbulo de la UDHR'48². Este principio se ha reconocido por las diferentes Recomendaciones del CoE. La Rec (83) 2 señala que: “En cualquier circunstancia, la dignidad del paciente deberá ser respetada, adoptándose las medidas pertinentes para proteger su salud” (art. 10) y el Preámbulo de la CHRB'97 parte del convencimiento “de la necesidad de respetar al ser humano a la vez como persona y como perteneciente a la especie humana y reconociendo la importancia de garantizar su dignidad”.

El Preámbulo de la CHRB'97 justifica este instrumento por la necesidad de ser “conscientes de las acciones que podrían poner en peligro la dignidad humana mediante una práctica inadecuada de la biología y la medicina” (Preámbulo CHRB'97) y especial peligro para la dignidad de la persona se produce en casos de internamiento o tratamiento involuntarios. En la misma línea, la Rec (2004) 10 dispone que: “Esta Recomendación está dirigida a la mejora de la protección de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas aquejadas de trastornos mentales, en particular de aquellas que sean objeto de internamiento o tratamiento involuntario” (art. 1.1).

El principio de respeto a la dignidad de la persona aparece reconocido amplia e indiscutiblemente³. Pero no está definido en ninguno de los documentos citados qué es la dignidad. En realidad, el sistema implantado, a nivel general y también en el ámbito europeo, es proscribir actuaciones concretas contrarias a la dignidad.

Consecuentemente, aún pareciendo adecuado que exista una mención al respeto a la dignidad “en todas las circunstancias” tal vez fuera oportuno citar expresamente la necesidad de respetar la dignidad durante las intervenciones en salud mental más relevantes (internamiento y tratamiento) y desarrollar el contenido de este principio de respeto aludiendo a manifestaciones concretas del derecho a la dignidad: “dignidad del trato y del tratamiento”, “respeto a la integridad corporal”, “prohibición de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes”, etc).

² “Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”.

³ Por ejemplo: Naciones Unidas (art. 10.1 ICCPR'66: “Toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”; 3 DRDP'75: “El discapacitado tiene el inherente derecho al respeto de su dignidad”; Principios 1.2 y 11.11 UNPMI'91: “Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana”, “Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas,...”); WHO (1.1. WHOAmsterdam'94: “Everyone has the right to respect of his or her person as a human being”) and on de Professionals Associations (WMA-ICME'49: “A PHYSICIAN SHALL be dedicated... with compassion and respect for human dignity”; 2 7 y 7 DHawaii-II'83: “Every psychiatrist should offer to the patient the best available therapy to his knowledge and if accepted must treat him or her with the solicitude and respect due to the dignity of all human beings”, “The psychiatrist must never use his professional possibilities to violate the dignity or human rights of any individual or group...”; WPA-RLSMI-Athens'89: “Mentally ill persons have the right to professional, human and dignified treatment” and 13 WMABali'1995: “A physician must never use his/her professional position to violate the dignity or human rights of any individual or group...”).

1.1.2.- La dignidad del trato y del tratamiento.

Una de las manifestaciones de la protección de la dignidad de la persona es la humanidad en el trato y en la asistencia cotidiana. Especialmente relevante cuando existen actuaciones (aislamiento y contención, por ejemplo) que, aún siendo legítimas por estar justificadas, pueden ser o no adecuadas, según la forma en que se apliquen.

Es necesario resaltar que la protección de la dignidad ha de tener lugar “en todas las circunstancias” como explica el Memorandum Explicativo de la Rec (83) 2⁴.

Por ese motivo parece oportuno que exista una mención a este aspecto. La Rec 818 (77) sí lo hacía (ap. 13). Naciones Unidas también lo hace en el art. 10 ICCPR’66⁵ y en el Principio 1.2 UNPMI’91⁶ y estas menciones también son frecuentes en declaraciones de organizaciones profesionales⁷.

1.2.- Protección de la vida humana.

El derecho a la vida está consagrado en los principales Convenios internacionales. Así, en el art. 3 UDHR’48⁸ y en el art. 2.1 ECHR’50⁹.

Las prescripciones sobre derecho a la vida en el ámbito de la salud mental no abundan. Sin embargo, algunas sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (ECHR) han puesto su atención en la posible violación del art. 2.1 ECHR’50 en el ámbito de la asistencia en salud mental.

Por ejemplo, en *Keenan v The United Kingdom*, se trató el caso del suicidio de un recluso con problemas mentales; y en *Paul and Audrey Edwards v The United Kingdom*, se trató el caso del homicidio de un recluso por otro que también tenía trastornos mentales. En ambos casos la ECHR llegó a similares conclusiones. “The first sentence of Article 2 § 1 enjoins the State not only to refrain from the intentional and unlawful taking of life, but also to take appropriate steps to safeguard the lives of those within its jurisdiction (see *L.C.B. v. the United Kingdom*, judgment of 9 June 1998, Reports of judgments and decisions 1998-III,

⁴ “45. ...The words "in all circumstances" are intentionally included to cover not only the placement in a medical establishment but also every stage of the placement (for example transport, court proceedings, etc.)...”

⁵ “Toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”.

⁶ “Principio 1. Libertades fundamentales y derechos básicos
2. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana”.

⁷ “Mentally ill persons have the right to professional, human and dignified treatment” (WPA-RLSMI-Athens ’89); “treat the patient with the solicitude and respect due all human beings” (11 WMABali’ 1995).

⁸ “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.

⁹ “El derecho de toda persona a la vida está protegido por la Ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionadamente, salvo en ejecución de una condena que imponga pena capital dictada por el tribunal al reo de un delito para el que la Ley establece esa pena”.

p. 1403, § 36)” (Keenan, para. 89; Paul and Audrey Edwards, par. 54). “The Court has already emphasised in previous cases that persons in custody are in a vulnerable position and that the authorities are under a duty to protect them” (Keenan, para. 91; Paul and Audrey Edwards, par. 56).

La obligación del Estado existe, tanto en relación a atentados por parte de otros, como en daños que se ocasione el propio paciente (Osman v. the United Kingdom, par. 116). Sin embargo, “the scope of the positive obligation must be interpreted in a way which does not impose an impossible or disproportionate burden on the authorities” (Keenan, par. 90; Paul and Audrey Edwards, par. 55).

Pudiera ser oportuno que se hiciera una mención al deber de los Estados y de los establecimientos psiquiátricos de proteger la vida e integridad de los pacientes de daños ocasionados por sí mismos (suicidio y autolesiones) o por terceros (homicidio, lesiones o cualquier otro tipo de atentado a su persona o a sus derechos y libertades).

1.3.- Respeto a la integridad corporal.

La Rec 818 (1977) ya advertía que la aplicación de la tecnología médica y psicoterapéutica puede a veces constituir una amenaza al derecho de los pacientes a su integridad física y psíquica (ap. 8), por lo que recomendaba la regulación de las condiciones y el control del empleo de ciertas terapias que puedan ocasionar un daño cerebral permanente o un cambio de la personalidad (ap. 13.II.ii).

Una mención expresa se encuentra en el ap. 1.3 WHOAmsterdam’94: “Everyone has the right to physical and mental integrity and to the security of his or her person”.

Este principio pudiera recogerse de forma independiente, especialmente en relación a “ciertas terapias que puedan dejar permanentes daños cerebrales o cambios de la personalidad”. No obstante, existen manifestaciones concretas del mismo que luego se analizarán (esterilización, psicocirugía y otros).

1.4.- Prohibición de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes.

Las principales Declaraciones de Naciones Unidas consagran la prohibición de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes (art. 5 UDHR’48¹⁰ y art. 7 ICCPR’66¹¹). Especialmente relevante es que la segunda reitere el contenido de la primera y, además, añade que se considera trato inhumano o degradante la experimentación clínica sin previo consentimiento. En particular, en referencia a los discapacitados el ap. 10 DRDP’75 señala que “El impedido debe ser protegido contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante”.

Por su parte, el art. 3 ECHR’50 reproduce literalmente el texto del art. 5 UDHR’48. Varios organismos del ámbito del CoE han abordado diversas actuaciones o situaciones que

¹⁰ “Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre, la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas”.

¹¹ “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.

pudieran suponer una violación de la prohibición de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes, que pueden ser de interés a la hora de elaborar un documento sobre la situación de los derechos del enfermo mental en Europa.

Los CPT Standards (Rev 2006) describen algunas cuestiones relativas al personal que interviene en instituciones psiquiátricas. El Extracto del 8º Informe General [CPT/Inf (98) 12], trata sobre la selección de personal y su supervisión, afirmando:

- Se constata en algunos países escasez de personal y falta de recursos a disposición de dicho personal (par. 27).
- Es esencial que se utilicen los procedimientos adecuados con el fin de proteger a determinados pacientes psiquiátricos de otros pacientes que podrían causarles daños. Ello requiere, entre otras cosas, la presencia de personal adecuado en todo momento, incluyendo las noches y los fines de semana (par. 30).
- El control de dirección adecuado de todas las categorías del personal puede además contribuir significativamente a la prevención de los malos tratos. (par. 31).
- Deberían revisarse consiguientemente las normas y prácticas capaces de generar un clima de tensión entre el personal y los pacientes (par. 31).

Y el Extracto del 14º Informe General [CPT/Inf (2004) 28] se refiere a los supervisores responsables, indicando:

- La credibilidad de la prohibición de la tortura y de otras formas de malos tratos se ve socavada cada vez que no se exige a los funcionarios responsables de dichos delitos que den cuenta de sus acciones (par. 25).
- Para que la investigación sea eficaz, debe llevarse a cabo con una prontitud y celeridad razonables (par. 35).
- Para una investigación eficaz, debería haber un componente suficiente de examen público de la investigación o de sus resultados para asegurar la rendición de cuentas, tanto en la teoría como en la práctica (par. 36).

Además, la ausencia de adecuada atención psiquiátrica puede ser considerada en ocasiones como un trato inhumano¹². Y abundan las referencias a trato inadecuado cuando se emplean medidas especialmente restrictivas (aislamiento o contención).

Pudiera ser interesante que se concretara de algún modo qué se entiende por medidas de prevención de las penas o tratos degradantes (en relación a la selección del personal o a su supervisión, por ej.), control de las prácticas, etc.

Sobre los medios y medidas de aislamiento y contención se tratará en el apartado correspondiente.

¹² Informe del Sr. Alvaro Gil-Robles, Comisario para los Derechos Humanos, en su visita al Reino Unido, 4-12 de Noviembre de 2004, Strasbourg, 8 de Junio de 2005. CommDH(2005)6, par. 126-129.

1.5.- Prohibición de la discriminación.

La igualdad en dignidad y derechos de todo ser humano está consagrada asimismo en las principales Declaraciones internacionales generales (arts. 1, 2 and 7 UDHR'48; art. 26 ICCPR'66). La ECHR'50 se pronuncia en igual sentido¹³.

Naciones Unidas también afirma la prohibición de la discriminación en el caso de discapacitados (ap. 2 y 4 DRDP'75) y en el caso de los enfermos mentales (Principio 1.4 UNPMI'91). Este último principio contiene dos aspectos que tal vez debieran ser tenidos en cuenta. Una definición de "discriminación" y la afirmación de que: "Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación"¹⁴.

El art. 3 Rec (2004) 10 afirma:

"Artículo 3. No discriminación.

1. Toda forma de discriminación en razón a la enfermedad mental debe estar proscrita.
2. Los Estados miembros deben adoptar las medidas apropiadas a fin de eliminar la discriminación por razón de trastorno mental".

Sin embargo, el CoE ha realizado otras aportaciones, en diferentes momentos, en materia de no discriminación:

- Derecho a ser tratado en las mismas condiciones éticas y científicas que cualquier otro paciente y bajo similares condiciones ambientales [art. 5.1 Rec (83) 2].
- Derecho a ser tratado en un entorno ambiental similar al de otros pacientes [art. 5.1 Rec (83) 2].
- Acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad apropiada (art. 3 CHRB'97).
- Acceso equitativo a los servicios de salud en sociedades multiculturales [Rec (2006) 18]

Quizás fuera procedente que una futura regulación sobre igualdad de trato y tratamiento hiciera referencia a:

- La prohibición de toda forma de discriminación [art. 3.1 Rec (2004) 10].

¹³ "El goce de los derechos y libertades reconocidos en el presente Convenio ha de ser asegurado sin distinción alguna, especialmente por razones de sexo, raza, color, lengua, religión, opiniones políticas u otras, origen nacional o social, pertenencia a una minoría nacional, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación".

¹⁴ "4. No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por "discriminación" se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación. La discriminación no incluye ninguna distinción, exclusión o preferencia adoptada de conformidad con las disposiciones de los presentes Principios que sea necesaria para proteger los derechos humanos de una persona que padezca una enfermedad mental o de otras personas".

- Una definición de qué se entiende por discriminación (similar al art. 1.4 UNPMI'91).
- Una relación de las manifestaciones de la no discriminación (incluyendo las aportaciones históricas del CoE y, tal vez, otras).
- Una cláusula que dejara patente que las especiales medidas de protección del paciente mental no suponen una discriminación en el sentido de esta prohibición (similar a la contenida en el art. 1.4 UNPMI'91).
- Una recomendación a los Estados del tipo de la contenida en el art. 3.2 Rec (2004) 10.

Además de lo anterior debería proseguirse en la línea de divulgar campañas que evitaran la estigmatización del paciente mental, como ya señaló el WP-CDBI'2000 (ap. 12) y también el art. 5 Rec (2004) 10.

1.6.- Autonomía personal y consentimiento informado.

1.6.1.- Promoción de la autonomía personal.

Toda intervención en el ámbito de la salud mental debiera fomentar la autonomía personal, ya que como señala la WHOAmsterdam'94: "1.2. Everyone has the right to self-determination".

La Rec (80) 4 precisamente se refiere a la participación activa del paciente en su propio tratamiento. Señala el art. 6.3 CHRB'97, que "cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, una autoridad o una persona o institución designada por la Ley. La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización".

La Rec (2004) 10 hace algunas alusiones a este importante principio. Así, el art. 6 sobre información y asistencia en materia de derechos a los pacientes y el art. 22 sobre el derecho a la información después del internamiento (acerca de sus derechos y recursos y acerca de las razones para la toma de la decisión y de los criterios para su eventual prolongación o terminación); el art. 17 sobre criterios para el internamiento involuntario y el art. 18 sobre criterios para el tratamiento involuntario (en ambos casos teniendo en consideración la opinión de la persona concernida) o el art. 20 sobre procedimientos para la toma de decisiones sobre tratamientos o internamientos involuntarios (en los que el tribunal y otro órgano competente deberá tomar en consideración la opinión de la persona concernida antes de adoptar la decisión de someter a la misma a tratamiento o internamiento involuntario).

Aunque estas menciones son necesarias, parece conveniente que exista una regla que específicamente mencione la necesidad de promover la autonomía personal. Por ejemplo, la DRDP'75 afirma (ap. 5): "El impedido tiene derecho a las medidas destinadas a permitirle lograr la mayor autonomía posible".

1.6.2.- Regla general: el consentimiento informado.

Hoy está universalmente reconocido que, en principio, “cualquier intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento” (art. 5 CHRB’97). Así se manifiesta igualmente la Rec (2004) 10 cuando afirma que “un tratamiento no puede ser dispensado a una persona aquejada de trastorno mental, más que con su consentimiento si tuviera capacidad para consentir” (art. 12.2) y Naciones Unidas (Principio 11.1 UNPMI’91) la OMS (WHOAmsterdam’94, 3.1) y las asociaciones profesionales (DHawaii-II’83, 5).

Sin embargo, la Rec (2004) 10 no hace alusión a los requisitos que deben concurrir para poder afirmar que existe un consentimiento informado. La CHRB’97 es más detallada a la hora de señalar los requisitos del consentimiento informado. Dispone en el citado art. 5:

“Article 5. Regla general.

...

Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias.

En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento”.

Pudiera ser adecuado que un nuevo documento sobre derechos en salud mental contuviera una enumeración de los requisitos para considerar que existe un consentimiento informado válido. De hecho, la UNPMI’91 así lo estimó cuando, en su Principio 11.2, señala textualmente:

“Principio 11

Consentimiento para el tratamiento

2. Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda, acerca de:

- a) El diagnóstico y su evaluación;
- b) El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto;
- c) Las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles;
- d) Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto”.

Lo positivo de introducir una regla de las citadas características es obvio ya que, siempre que la información previa a la obtención del consentimiento se documente, servirá para:

- Establecer unos requisitos, lo más objetivos posibles de información para todo paciente mental.
- Fijar las condiciones en que se ha renunciado a obtener el consentimiento en el caso de pacientes incompetentes para otorgarlo.
- Garantizar que los pacientes voluntariamente tratados o ingresados han sido correctamente informados y evaluados, a fin de evitar falsos voluntarios.
- Crear un mínimo sistema de garantías para las personas que no sean capaces de consentir en ausencia de objeción, evitando el ingreso como voluntarios de pacientes que en realidad no lo son.

1.6.3.- Excepciones.

Los principales convenios, declaraciones y recomendaciones internacionales, tras afirmar la vigencia del principio de consentimiento informado establecen un conjunto de supuestos en los cuales es legítima la intervención médica, aún no contando con el consentimiento informado.

Sin perjuicio de un análisis más profundo que se llevará a cabo en los capítulos correspondientes, parece posible integrar los distintos requisitos de intervención médica en pacientes mentales incompetentes. La Rec (2004) 10 diferencia, en reglas distintas, los criterios de internamiento y de tratamiento involuntarios, pero no parece existir obstáculo para dicha integración.

El art. 16 Rec (2004) 10 señala:

“Las disposiciones del presente Capítulo se aplicarán a las personas aquejadas de trastornos mentales:

- i. que tengan capacidad para consentir el internamiento o tratamiento y lo rechacen.
- ii. que no tengan capacidad para consentir el internamiento o tratamiento y se opongan a él”.

Esta regla conserva plena justificación, ya que en el segundo caso la falta de capacidad unida al resto de los requisitos de los arts. 17 y 18 legitiman suficientemente la intervención involuntaria. En el primer caso sucede lo mismo ya que, aún tratándose de pacientes con plena capacidad (que teóricamente permitiría un rechazo al tratamiento), la concurrencia del resto de los requisitos de los arts. 17-18 hace válida la intervención involuntaria.

El resultado que ofrecería más garantías para el paciente mental que es sometido a una intervención involuntaria consistiría en establecer los siguientes requisitos:

- a) El sujeto tiene un trastorno mental [art. 17.1.i Rec (2004) 10].
- b) El trastorno mental debe ser de entidad. Este requisito no figura en la Rec (2004) 10, pero está sólidamente reconocido por la jurisprudencia de la ECHR (Judgments: Winterwerp v. The Netherlands, par. 39; Ashingdane v. The United Kingdom, par. 37; Johnson v. The United Kingdom, par. 60; Rakevich v Russia, par. 27; R.L. and M.J.D. v. France, par. 115, entre otros).
- c) En todo caso es precisa una evaluación médica. Este requisito no figura en la Rec (2004) 10, pero también está reconocido por la jurisprudencia de la ECHR (Judgments: Winterwerp v. The Netherlands, par. 39; Ashingdane v. The United Kingdom, par. 37; Rakevich v. Russia, par. 27; Herczegfalvy v. Austria, par. 63; Herz v. Germany, par. 47). También hacía alusión a él el WP-CDBI'2000 (ap. 3). El objetivo de la evaluación médica debería identificar con claridad los indicios y síntomas [art. 19.1.i Rec (2004) 10].
- d) Las condiciones personales representan un riesgo significativo de daño grave para sí o para otros. [arts. 17.1.ii and 18.ii Rec (2004) 10; art. 3.a) Rec (83) 2; art. 7.i.a Rec 1235 (1994)]. La CHRB'97 justifica la intervención sin consentimiento del paciente “sólo... cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud” (art. 7); sin embargo está ampliamente reconocido que también está justificada la intervención cuando existe un grave

riesgo de daño de terceros (ap. 5 DHawaii-II'83, por ejemplo). La Rec (2004) 10 no alude a una causa legitimante del internamiento/tratamiento, que sí contemplaban la Rec (83) 2 (art. 3.b) y la Rec 1235 (1994) (art. 7.i.a): “when the absence of placement would lead to a deterioration of his disorder or prevent the appropriate treatment being given to him”. Debería reflexionarse sobre los conceptos de “riesgo significativo” y “deterioro” y resolver si se estima conveniente alguna aclaración al respecto. Por otra parte, parece conveniente seguir utilizando el término “riesgo” y no “peligro”, como ya apuntaba el ap. 3 WP-CDBI'2000.

- e) Tanto el tratamiento como el internamiento han de tener un objetivo terapéutico [art. 17.1.iii Rec (2004) 10]. La Rec (2004) 10 sólo impone este requisito en el caso de internamiento, aunque parece adecuado que también cualquier tratamiento tenga un motivo terapéutico.
- f) No esté disponible otro medio menos restrictivo para proporcionar una adecuada asistencia. [arts. 17.1.iv and 18.iii Rec (2004) 10]. Requisito que deriva del principio de menor restricción [art. 8 Rec (2004) 10; WPA-RLSMI-Athens'89]. Como señaló el WP-CDBI'2000 (ap. 3) pudiera ser conveniente que se hiciera aquí -o en otro lugar- mención a las alternativas mínimas disponibles al internamiento/tratamiento involuntarios.
- g) La opinión del paciente sea tenida en consideración [arts. 17.1.v and 18.iv Rec (2004) 10]. Ello debiera estar posiblemente documentado.
- h) La intervención es en beneficio directo de la persona concernida (art. 6.1 CHRB'97). Según el WP-CDBI'2000 (ap. 3) “proveer que el internamiento o tratamiento son beneficiosos para la persona concernida en todo caso”. Como también sugiere el WP-CDBI'2000 (ap. 3) pudiera ser conveniente definir el concepto de “beneficio”.

Otra cuestión relevante es la enumeración de los supuestos en los cuales, excepcionalmente está admitida una intervención sin consentimiento informado. En general, y en el ámbito del Consejo de Europa, estos son los siguientes:

- a) Cuando la persona carece de capacidad para consentir y es necesario la intervención de un representante legal, autoridad o entidad prevista por la ley [art. 12.2 Rec (2004) 10]. En este punto pudieran introducirse dos especificaciones. De un lado, una cierta definición de qué supone “carecer de capacidad para consentir”; por ejemplo, la DHawaii-II'83 (ap. 5) se refiere a que: “the patient cannot form a judgement as to what is in his or her own best interest”. De otro lado, pudiera ser conveniente introducir una regla similar al ap. 3.6. WHOAmsterdam'94: “If a legal representative refuses to give consent and the physician or other provider is of the opinion that the intervention is in the interest of the patient, then the decision must be referred to a court or some form of arbitration”, ya que la Rec (2004) 10 no resuelve claramente situaciones de este tipo.
- b) Cuando se produce una situación de urgencia que impide que el consentimiento o autorización puedan ser obtenidos y el tratamiento es necesario para evitar un grave daño a la salud del individuo concernido o para proteger la seguridad de

terceros [art. 12.3 Rec (2004) 10]. Esta regulación es lo suficientemente amplia como para que no sea necesaria una regla del tipo del 3.4 WHOAmsterdam'94¹⁵.

En relación a los menores, mientras el CHRB'97 regula el consentimiento de éstos en el mismo artículo que regula la protección para los adultos (art. 6), la Rec (2004) 10 prefiere dedicar un precepto específico a los menores (art. 29). Ambas opciones son válidas, aunque probablemente fuera preferible un tratamiento sistemático y conjunto de los menores en un/os precepto/s específicos.

1.6.4.- Voluntades anticipadas.

La CHRB'97 en su art. 9 señala:

“Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad”.

Ciertamente la CHRB'97 proporciona cobertura a todo paciente. No obstante, existe una cierta inercia en no reconocer explícitamente al paciente mental la posibilidad de dictar sus voluntades anticipadas. Pudiera ser conveniente que un nuevo documento o recomendación sobre esta materia hiciera alusión a esta cuestión.

1.6.5.- Reglas especiales en ensayos clínicos.

La DHawaii-II'83 abordó esta cuestión:

“9. ... The patient's participation must be voluntary, after full information has been given of the aim, procedures, risks and inconveniences of a research project and there must always be a reasonable relationship between calculated risks or inconveniences and the benefit of the study. In clinical research every subject must retain and exert all his rights as a patient. For children and other patients who cannot themselves give informed consent, this should be obtained from the legal next-of kin. Every patient or research subject is free to withdraw for any reason at any time from any voluntary treatment and from any teaching or research program in which he or she participates. This withdrawal, as well as any refusal to enter a program, must never influence the psychiatrist's efforts to help the patient or subject”.

Y el Principio 11.15 UNPMI'91 establece sobre esta materia:

“Principio 11

Consentimiento para el tratamiento

15. No se someterá a ensayos clínicos ni a tratamientos experimentales a ningún paciente sin su consentimiento informado, excepto cuando el paciente esté incapacitado para dar su consentimiento informado, en cuyo caso sólo podrá ser sometido a un ensayo clínico o a un tratamiento experimental con la aprobación de un órgano de revisión competente e independiente que haya sido establecido específicamente con este propósito”.

En el ámbito del Consejo de Europa, y refiriéndose a pacientes mentales, el art. 5.3 Rec (83) 2 afirmó:

¹⁵ “When the consent of a legal representative is required and the proposed intervention is urgently needed, that intervention may be made if it is not possible to obtain, in time, the representative's consent”.

“Article 5

3. Clinical trials of products and therapies not having a psychiatric therapeutic purpose on persons suffering from mental disorder, subject to placement, should be forbidden.

Clinical trials having a psychiatric therapeutic purpose are a matter for national legal provisions”.

En similares términos se expresaría la posterior WPA-RLSMI-Athens’89¹⁶. Posteriormente la Rec 1235 (1994) reguló la cuestión en los siguientes términos:

“7. The Assembly therefore invites the Committee of Ministers to adopt a new recommendation based on the following rules:

iii. Problems and abuses in psychiatry:

d. scientific research in the field of mental health must not be undertaken without the patient's knowledge, or against his or her will or the will of his or her representative, and must be conducted only in the patient's interest”.

La Rec (2004) 10 es escueta y se remite a la CHRB’97:

“Artículo 14. Investigación biomédica.

La investigación biomédica en personas aquejadas de trastorno mental debe respetar las disposiciones de la presente Recomendación al igual que las de la Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina, las de su Protocolo adicional sobre investigación biomédica y el resto de normas que aseguren la protección de las personas en el ámbito de la investigación”.

La principal norma de protección es por tanto la mencionada CHRB’97. La CHRB’97 consagra una garantía para el ser humano que participa en ensayos clínicos¹⁷. Además de las condiciones generales de protección para todo paciente (art. 16)¹⁸, el art. 17 establece unas especiales condiciones en el caso de que el paciente no tenga capacidad para consentir:

“Artículo 17. *Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento a un experimento*

1. Sólo podrá hacerse un experimento con una persona que no tenga, conforme al art. 5, capacidad para expresar su consentimiento acerca del mismo, cuando se den las siguientes condiciones:

¹⁶ “Clinical trials and experimental treatments shall never be carried out on patients involuntarily hospitalized”.

¹⁷ “Artículo 15. Regla general

La investigación científica en el ámbito de la biología y la medicina se efectuará libremente, a reserva de lo dispuesto en el presente Convenio y en otras disposiciones jurídicas que garanticen la protección del ser humano”.

¹⁸ “Artículo 16. Protección de las personas que se presten a un experimento

No podrá hacerse ningún experimento con una persona, a menos que se den las siguientes condiciones:

i) Que no exista un método alternativo al experimento con seres humanos de eficacia comparable.

ii) Que los riesgos en que pueda incurrir la persona no sean desproporcionados con respecto a los beneficios potenciales del experimento.

iii) Que el proyecto de experimento haya sido aprobado por la autoridad competente después de haber efectuado un estudio independiente acerca de su pertinencia científica, comprendida una evaluación de la importancia del objeto del experimento, así como un estudio multidisciplinar de su aceptabilidad en el plano ético.

iv) Que la persona que se preste a un experimento esté informada de sus derechos y las garantías que la ley prevé para su protección.

v) Que el consentimiento a que se refiere el art. 5 se haya otorgado expresa y específicamente y esté consignado por escrito. Este consentimiento podrá ser libremente retirado en cualquier momento”.

- i) Que se cumplan las condiciones enunciadas en el art. 16, párrafos (i) a (iv).
- ii) Que los resultados previstos del experimento supongan un beneficio real y directo para su salud.
- iii) Que el experimento no pueda efectuarse con una eficacia comparable con sujetos capaces de prestar su consentimiento al mismo.
- iv) Que se haya dado específicamente y por escrito la autorización prevista en el art. 6.
- v) Que la persona no exprese su rechazo al mismo.

2. De modo excepcional y en las condiciones de protección previstas por la ley, podrá autorizarse un experimento cuyos resultados previstos no supongan un beneficio directo para la salud de la persona si se cumplen las condiciones enumeradas en los párrafos (i), (iii), (iv) y (v) del apartado 1 anterior, así como las condiciones suplementarias siguientes:

- i) El experimento tenga por objeto, mediante una mejora significativa del conocimiento científico del estado de la persona, de su enfermedad o de su trastorno, contribuir a lograr en un determinado plazo resultados que permitan obtener un beneficio para la persona afectada o para otras personas de la misma categoría de edad o que padezcan la misma enfermedad o el mismo trastorno, o que presenten las mismas características.
- ii) el experimento sólo represente para la persona un riesgo o un inconveniente mínimo”.

La regulación es bastante detallada, sin embargo debiera reflexionarse sobre la oportunidad de incorporar o no en el futuro la prohibición de realizar ensayos clínicos con pacientes ingresados involuntariamente [art, 5,3 Rec (83) 2].

1.7.- Derecho a la información.

Son numerosas las manifestaciones y contenidos del derecho a la información. Se encuentran dispersas las menciones a este derecho a lo largo de las normas de las Declaraciones, Convenios y Recomendaciones.

Por ello, independientemente de la regulación que sobre el derecho a la información existe en diferentes materias (internamientos, tratamientos, información sobre derechos, información sobre servicios,...) pudiera ser conveniente redactar un precepto que – sistemáticamente- recogiera todas las dimensiones del derecho a la información.

Dicho precepto podría incluir las siguientes manifestaciones de este derecho:

- A ser informado a fin de obtener el consentimiento (“consentimiento informado”) [Principio 11.9 UNPMI’91¹⁹; art. 5 CHRB’97²⁰; art. 12.2 Rec (2004) 10²¹].

¹⁹ “Cuando se haya autorizado cualquier tratamiento sin el consentimiento informado del paciente, se hará no obstante todo lo posible por informar a éste acerca de la naturaleza del tratamiento y de cualquier otro tratamiento posible y por lograr que el paciente participe en cuanto sea posible en la aplicación del plan de tratamiento”.

²⁰ “Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias”.

²¹ “A reserva de las disposiciones del Capítulo III y de los artículos 28 y 34 que siguen, un tratamiento no puede ser dispensado a una persona aquejada de trastorno mental, más que con su consentimiento si tuviera capacidad para consentir o, cuando la persona no tuviera dicha capacidad, con la autorización de un representante, autoridad, persona o instancia previstas por la ley”.

- A ser informado del desarrollo del proceso asistencial [2.2. WHOAmsterdam'94²²; 4 DHawaii-II'83²³; 8 WMABali'95²⁴].
- A ser informado sobre los motivos de admisión y retención y de la probable duración del tratamiento/internamiento [art. 22 Rec (2004) 10²⁵; Principio 16.2 UNPMI'91²⁶].
- A ser informado de sus derechos, forma de ejercitar los mismos, asistencia legal y recursos [7.i.d Rec 1235 (1994)²⁷; art. 6 Rec (2004) 10²⁸; art. 22.1 y 3 Rec (2004) 10²⁹; CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 8º Informe General, CPT/Inf (98) 12, par. 53³⁰; 12 UNPMI'91³¹; 6 DHawaii-II'83³²; WPA-RLSMI-Athens'89³³].

²² “2.2. Patients have the right to be fully informed about their health status, including the medical facts about their condition; about the proposed medical procedures, together with the potential risks and benefits of each procedure; about alternatives to the proposed procedures, including the effect of non-treatment; and about the diagnosis, prognosis and progress of treatment”.

²³ “4. The psychiatrist should inform the patient of the nature of the condition, therapeutic procedures, including possible alternatives, and of the possible outcome. This information must be offered in a considerate way and the patient must be given the opportunity to choose between appropriate and available methods”.

²⁴ “The physician aspires for a therapeutic relationship founded on mutual trust. He/she should inform the patient of the nature of the patient's condition, standard therapeutic procedures (including possible alternatives and the risk of each), and the expected outcomes for the available therapeutic choices”.

²⁵ “Artículo 22. Derecho a la información.

2. Deberán ser informadas, asimismo, de modo regular y apropiado, de las razones que han motivado la decisión y de los criterios aplicados para una eventual prolongación o interrupción.

3. El representante de la persona concernida, en su caso, deberá igualmente recibir dichas informaciones”.

²⁶ “Inicialmente la admisión o la retención involuntaria se hará por un período breve determinado por la legislación nacional, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención. Los motivos para la admisión o retención se comunicarán sin demora al paciente y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicarán también sin tardanza y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso, y, salvo que el paciente se oponga a ello, a sus familiares”.

²⁷ “7. The Assembly therefore invites the Committee of Ministers to adopt a new recommendation based on the following rules:

i. Admission procedure and conditions:

d. a code of patients' rights must be brought to the attention of patients on their arrival at a psychiatric institution”.

²⁸ “Artículo 6. Información y asistencia sobre los derechos de los pacientes.

Las personas tratadas o internadas por razón de trastornos mentales deben ser informadas individualmente de sus derechos en tanto que pacientes y tener acceso a una persona o instancia competente, independiente del servicio de salud mental, habilitada para asistirlos, si fuera necesario, en la comprensión y ejercicio de sus derechos”.

²⁹ “Artículo 22. Derecho a la información.

1. Las personas que sean objeto de un internamiento o tratamiento involuntario deben ser puntualmente informadas, verbalmente y por escrito, de sus derechos y posibles recursos.

3. El representante de la persona concernida, en su caso, deberá igualmente recibir dichas informaciones”.

³⁰ “Se debería imprimir y entregar a cada paciente en el momento de su admisión, así como a sus familiares, un folleto introductorio que estableciera la rutina del establecimiento y los derechos de los pacientes. Cualquier paciente que no pueda comprender dicho folleto recibirá la ayuda necesaria.

Además, como en cualquier otro caso de privación de libertad, un procedimiento de quejas efectivas es una garantía básica contra los malos tratos en los establecimientos psiquiátricos. Se deberían tomar medidas

- A ser informado de los datos obrantes en el historial clínico y al acceso al mismo [art. 10.2 CHRB'97³⁴; WP-CDBI'2000³⁵; Principio 19.1 UNPMI'91³⁶; 4.4 WHOAmsterdam'94³⁷; art. 13.2 Rec (2004) 10³⁸].
- A ser informado de las prestaciones, servicios e identidad y cualificación del personal que interviene en el proceso asistencial [2.1 y 2.8 WHOAmsterdam'94³⁹].

específicas que permitiesen a los pacientes presentar quejas formales a un organismo claramente designado para el caso, y a comunicarse de forma confidencial con una autoridad competente fuera del establecimiento”.

³¹ “Principio 12. Información sobre los derechos

1. Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, lo más pronto posible después de la admisión y en una forma y en un lenguaje que comprenda, de todos los derechos que le corresponden de conformidad con los presentes Principios y en virtud de la legislación nacional, información que comprenderá una explicación de esos derechos y de la manera de ejercerlos.
2. Mientras el paciente no esté en condiciones de comprender dicha información, los derechos del paciente se comunicarán a su representante personal, si lo tiene y si procede, y a la persona o las personas que sean más capaces de representar los intereses del paciente y que deseen hacerlo.
3. El paciente que tenga la capacidad necesaria tiene el derecho de designar a una persona a la que se debe informar en su nombre y a una persona que represente sus intereses ante las autoridades de la institución”.

³² “6. ... The psychiatrist should inform the patient and/or relatives or meaningful others, of the existence of mechanisms of appeal for the detention and for any other complaints related to his or her well being

³³ “Patients shall be fully informed of their treatment and rights. They have the right of appeal and to be heard personally by the court or competent body”.

³⁴ “Artículo 10. Vida privada y derecho a la información.

2. Toda persona tendrá derecho a conocer toda información obtenida respecto a su salud. No obstante, deberá respetarse la voluntad de una persona de no ser informada”.

³⁵ “15. The setting-up and monitoring of quality standards for the implementation of mental health legislation

2. Furthermore, the experts were of the opinion that arrangements for the setting-up and monitoring of quality standards should include:
 - f. meeting privately with patients subject to provisions of Mental Health legislation and accessing their medical and clinical file at any time”.

³⁶ “Principio 19. Acceso a la información

1. El paciente (término que en el presente principio comprende al ex paciente) tendrá derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga la institución psiquiátrica. Este derecho podrá estar sujeto a restricciones para impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o se ponga en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo disponga la legislación nacional, toda información de esta clase que no se proporcione al paciente se proporcionará al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se proporcione al paciente cualquier parte de la información, el paciente o su defensor, si lo hubiere, será informado de la decisión y de las razones en que se funda, y la decisión estará sujeta a revisión judicial”.

³⁷ “4.4. Patients have the right to access to their medical files and technical records and to any other files and records pertaining to their diagnosis, treatment and care and to receive a copy of their own files and records or parts thereof. Such access excludes data concerned third parties”.

³⁸ “Se establecerán historias clínicas y, en su caso, expedientes administrativos, claros y completos, para todas las personas aquejadas de trastornos mentales que sean internadas o tratadas de dichos trastornos. Las condiciones de acceso a estos datos deben estar claramente especificadas por la ley”.

³⁹ “2.1. Information about health services and how best to use them is to be made available to the public in order to benefit all those concerned”.

- A nombrar un representante que reciba la información [art. 22 Rec (2004) 10⁴⁰; 11.11, 16.2 y 19.1 UNPMI'91⁴¹; 2.6 WHOAmsterdam'94⁴²].
- A que la información recibida sea en un lenguaje accesible [WHOAmsterdam'94⁴³].
- A disponer de un traductor cuando el caso lo requiera [WHOAmsterdam'94⁴⁴].
- A no ser informado [art. 10.2 CHRB'97⁴⁵; 2.5 WHOAmsterdam'94⁴⁶].
- A recibir una segunda opinión [2.7 WHOAmsterdam'94⁴⁷].

“2.8. When admitted to a health care establishment, patients should be informed of the identity and professional status of the health care providers taking care of them and of any rules and routines which would bear on their stay and care”.

⁴⁰ “Artículo 22. Derecho a la información.

2. Deberán ser informadas, asimismo, de modo regular y apropiado, de las razones que han motivado la decisión y de los criterios aplicados para una eventual prolongación o interrupción.

3. El representante de la persona concernida, en su caso, deberá igualmente recibir dichas informaciones”.

⁴¹ “Principio 11. Consentimiento para el tratamiento

11. ...Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder”.

“Principio 16. Admisión involuntaria

2. ... Los motivos para la admisión o retención se comunicarán sin demora al paciente y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicarán también sin tardanza y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso, y, salvo que el paciente se oponga a ello, a sus familiares”.

“Principio 19. Acceso a la información

1. El paciente (término que en el presente principio comprende al ex paciente) tendrá derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga la institución psiquiátrica. Este derecho podrá estar sujeto a restricciones para impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o se ponga en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo disponga la legislación nacional, toda información de esta clase que no se proporcione al paciente se proporcionará al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se proporcione al paciente cualquier parte de la información, el paciente o su defensor, si lo hubiere, será informado de la decisión y de las razones en que se funda, y la decisión estará sujeta a revisión judicial”.

⁴² “2.6. Patients have the right to choose who, is any one, should be informed on their behalf”.

⁴³ “2.4. Information must communicated to the patient in a way appropriate to the latter's capacity for understanding, minimizing the use of unfamiliar technical terminology”

⁴⁴ “2.4. ... If the patient does not speak the common language, some form of interpreting should be available”.

⁴⁵ “Artículo 10. *Vida privada y derecho a la información*

2. Toda persona tendrá derecho a conocer toda información obtenida respecto a su salud. No obstante, deberá respetarse la voluntad de una persona de no ser informada”.

⁴⁶ “2.5. Patients have the right not to be informed, at their explicit request”.

⁴⁷ “2.7. Patients should have the possibility of obtaining a second opinion”.

- A recibir un informe en el momento del alta [WHOAmsterdam'94⁴⁸].

E igualmente deberían mencionarse las posibles limitaciones al ejercicio del derecho a la información [art. 10.2 y 3 CHRB'97⁴⁹; 2.3 WHOAmsterdam'94⁵⁰; Principio 19.1 UNPMI'91⁵¹].

1.8.- Privacidad y confidencialidad de datos.

El marco jurídico general de esta materia se encuentra definido, a nivel universal, por el art. 12 UDHR'48⁵² y a nivel europeo por el art. 8 ECHR'50⁵³. Pero, además, abundan los instrumentos internacionales relativos a esta materia en el ámbito sanitario.

Dos dimensiones abarca el tema: por un lado, la privacidad; por otro, la confidencialidad de datos sanitarios. Y aunque, no es infrecuente que estén relacionadas, conviene dejar clara la diferencia entre una y otra.

1.8.1.- Privacidad.

Alguna referencia a la privacidad se encuentra en la Rec 818 (1977)⁵⁴, pero será la CHRB'97 la que consagre más elocuentemente el derecho a la privacidad en su art. 10, si bien correlacionando los conceptos de “vida privada” e “información acerca de su salud”:

⁴⁸ “2.9. Patients should be able to request and be given a written summary of their diagnosis, treatment and care on discharge from a health care establishment”.

⁴⁹ “Artículo 10. Vida privada y derecho a la información
2. Toda persona tendrá derecho a conocer toda información obtenida respecto a su salud. No obstante, deberá respetarse la voluntad de una persona de no ser informada.
3. De modo excepcional, la ley podrá establecer restricciones, en interés del paciente, con respecto al ejercicio de los derechos mencionados en el apartado 2”.

⁵⁰ “2.3. Information may only be withheld from patients exceptionally when there is good reason to believe that this information would without any expectation of obvious positive effects cause them serious harm”.

⁵¹ “Principio 19. Acceso a la información
1. El paciente (término que en el presente principio comprende al ex paciente) tendrá derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga la institución psiquiátrica. Este derecho podrá estar sujeto a restricciones para impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o se ponga en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo disponga la legislación nacional, toda información de esta clase que no se proporcione al paciente se proporcionará al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se proporcione al paciente cualquier parte de la información, el paciente o su defensor, si lo hubiere, será informado de la decisión y de las razones en que se funda, y la decisión estará sujeta a revisión judicial”.

⁵² “Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques”.

⁵³ ““Artículo 8. 1. Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia.
2. No podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho, sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención del delito, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás”.

⁵⁴ “13. Recommends that the Committee of Ministers invite the governments of the member states:

“Artículo 10. Vida privada y derecho a la información

1. Toda persona tendrá derecho a que se respete su vida privada cuando se trate de informaciones relativas a su salud”.

Este artículo puede inducir a error, si se interpreta como que la “vida privada” sólo existe “en relación con la información acerca de su salud”⁵⁵. El tema tal vez esté más claro en los instrumentos de Naciones Unidas. Por ejemplo, el citado art. 12 UDHR’48 alude más específicamente a la “vida privada”⁵⁶ –y en idéntico sentido se pronuncia el art. 17 ICCPR’66⁵⁷-. Y más específicamente en el área de la salud mental dispone el Principio 13 UNPMI’91:

“Principio 13. Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas

1. Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su:

b) Vida privada”.

Este principio es diferente al contenido en el Principio 6 UNPMI’91:

“Principio 6. Confidencialidad

Se respetará el derecho que tienen todas las personas a las cuales son aplicables los presentes Principios a que se trate confidencialmente la información que les concierne”.

En un caso se está hablando de “privacidad”, en el otro de “confidencialidad”. Esta distinción está presente en otras declaraciones internacionales. Por ejemplo, en el ap. 12 WMABali’95 se dice:

“The confidentiality and privacy of all patients should be safeguarded”.

Mucho más detallada si cabe es la WHOAmsterdam’94, que alude a dimensiones de la privacidad, que no necesariamente tienen que ver con la confidencialidad de datos:

“1.4. Everyone has the right to respect for his or her privacy.

...

4.6. There can be no intrusion into a *patient’s private and family life* unless and only if, in addition to the patient consenting to it, it can be justified as necessary to the patient’s diagnosis, treatment and care.

I. i. to review their legislation and administrative rules... by stopping the practice of censoring correspondence,...”.

⁵⁵ En realidad, esta regla es similar a la redacción de la Rec (97) 5, Appendix, 3.1.: “The respect of rights and fundamental freedoms, and in particular of the right to privacy, shall be guaranteed during the collection and processing of medical data”.

⁵⁶ “Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques”.

⁵⁷ “Artículo 17. Observación general sobre su aplicación.

1. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación.

2. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques”.

4.7. Medical interventions may only be carried out when there is proper respect shown for the *privacy of the individual*. This means that a given intervention may be carried out only *in the presence of those persons* who are necessary for the intervention unless the patient consents or requests otherwise.

4.8. Patients admitted to health care establishments have the right to expect physical facilities which *ensure privacy, particularly when health care providers are offering them personal care or carrying out examination and treatment*".

Es verdad que en ocasiones la protección de la privacidad tiene por fin la "protección de datos"⁵⁸, pero esto no siempre es así. En alguna ocasión, por ejemplo, el CPT ha tenido ocasión de resaltar la necesidad de proteger la privacidad, desligada ésta de la protección de datos⁵⁹.

El Estado tiene un doble deber en relación al respeto de la privacidad (un deber de no injerencia y un deber de protección frente a injerencias, incluso en instituciones privadas). Por ejemplo la sentencia del caso *Storck v. Germany* lo expresa con meridiana claridad⁶⁰.

Parece oportuno pues, que se establezca una clara distinción entre "privacidad" y "protección de datos" en el ámbito de la salud mental en el Consejo de Europa.

1.8.2.- Confidencialidad de datos.

La confidencialidad de la información sanitaria está consagrada en documentos que se remontan a la Antigüedad, aunque la noción actual tiene más cercanos precedentes.

A diferencia de la "privacidad, la Rec (2004) sí recoge un postulado sobre la "confidencialidad":

"Artículo 13. Confidencialidad y registro clínico.

1. Todos los datos de carácter personal relativos a una persona aquejada de trastorno mental deben ser considerados confidenciales. No podrán ser almacenados, tratados o comunicados,

⁵⁸ Por ejemplo, en CPAPPD'81, art. 1: "The purpose of this convention is to secure in the territory of each Party for every individual, whatever his nationality or residence, respect for his rights and fundamental freedoms, and in particular his right to privacy, with regard to automatic processing of personal data relating to him ("data protection")". Rec (83) 10: "2. Respect for privacy. 2.1. Respect for the privacy of individuals should be guaranteed in any research project requiring the use of personal data. 2.2. When ever possible, research should be undertaken with anonymous data. Scientific and professional organisations, as well as public authorities, should promote the development of techniques and procedures securing anonymity".

⁵⁹ "A restrained patient should be adequately clothed and not exposed to other patients, unless he/she explicitly requests otherwise or when the patient is known to have a preference for company" [CPT Standards (Rev 2006) Extract from the 16th General Report, CPT/Inf (2006) 35, para. 40].

⁶⁰ "149. ... The Court, referring to its settled case-law, reiterates that there is a positive obligation on the State flowing from Article 8 to take reasonable and appropriate measures to secure and protect individuals' rights to respect for their private life (see, *inter alia*, *X and Y v. the Netherlands*, cited above, p. 11, § 23, and *Hatton and Others v. the United Kingdom* [GC], no. 36022/97, § 98, ECHR 2003-VIII)".

"151. The Court, referring to its findings concerning Article 5 § 1 (see paragraph 110 above), reiterates that it only needs to be determined whether the interference with the applicant's right to respect for private life was justified under paragraph 2 of Article 8 in so far as the public authorities, notably the courts, were actively involved in this interference. In so far as the State was found not to have complied with its positive obligation under Article 8 § 1 to protect the applicant against interferences with her private life by private individuals, this finding entails a violation of Article 8".

mas que respetando las reglas relativas al secreto profesional y a la protección de datos de carácter personal.

2. Se establecerán historias clínicas y, en su caso, expedientes administrativos, claros y completos, para todas las personas aquejadas de trastornos mentales que sean internadas o tratadas de dichos trastornos. Las condiciones de acceso a estos datos deben estar claramente especificadas por la ley”.

En el ámbito de las Naciones Unidas existe un principio que se dedica específicamente a esta cuestión (el Principio 6 UNPMI’91):

“Se respetará el derecho que tienen todas las personas a las cuales son aplicables los presentes Principios a que se trate confidencialmente la información que les concierne”.

Esta protección tiene antiguos precedentes en el Consejo de Europa. La Rec 818 (1977) ya contenía una previsión al respecto⁶¹. A la CPAPPD’81 ya se hizo mención. Y en otros documentos existen regulaciones de esta materia, cuando se efectúan Recomendaciones sobre organización de los cuidados médicos [Rec (80) 15⁶²], estudios e investigaciones [Rec (83) 10⁶³; Rec (89) 4⁶⁴; Rec (91) 15⁶⁵] o cuando específicamente se establecen pautas para el tratamiento de datos [Rec (81) 1⁶⁶].

⁶¹ “13. Recommends that the Committee of Ministers invite the governments of the member states: III.ii. to ensure that the registers kept in psychiatric institutions on ex-patients, or any other documentation on their case, should be considered as a strict medical professional secret and cannot be used in such a way as to constitute an unfair handicap for ex-patients entering on a new occupation”.

⁶² “Information and research
I. Recommends that the governments of member states:
12. Make use of the data already available, particularly in social security institutions while preserving the confidentiality of the individual information”.

⁶³ Appendix to Recommendation No. R (83) 10
2. Respect for privacy
2.1. Respect for the privacy of individuals should be guaranteed in any research project requiring the use of personal data.
2.2. Whenever possible, research should be undertaken with anonymous data. Scientific and professional organisations, as well as public authorities, should promote the development of techniques and procedures securing anonymity”.

⁶⁴ “Introduction
Legal and ethical issues
i. Attention should be paid to the legal and ethical issues raised by the collection of personal data for the purposes referred to in Chapter I, as well as by their subsequent storage and processing. For this purpose, the collection of personal data, as well as their subsequent storage and processing, should be carried out in conformity with the principles contained in the Committee of Ministers' Recommendations No. R (81) 1 on regulations for automated medical data banks and No. R (83) 10 on the protection of personal data used for scientific research and statistics, as well as the European Science Foundation statement concerning the protection of privacy and the use of personal data for research.
ii. Data subjects should be guaranteed the right to information about the nature and objectives of the data collection, and the methods to be used, as well as their rights in regard to the data stored and processed subsequent to collection.
In particular, and subject to the existence of other effective safeguards laid down by domestic law, the express and informed consent of the data subjects should be sought before data can be collected and used for any of the purposes stated in Chapter I.
iii. Personal data relating to health should be collected, stored and processed in conditions of strict confidentiality, by qualified individuals who are well informed about the principles of medical confidentiality and of professional secrecy in general.

Como ya se ha dicho, la CHRB'97 afirma, en su art. 10:

“Artículo 10. Vida privada y derecho a la información

1. Toda persona tendrá derecho a que se respete su vida privada cuando se trate de informaciones relativas a su salud”.

Ese mismo año se aprobó la Rec (97) 5 que trata esta materia de forma exhaustiva y a la cual nos remitimos en su integridad (Anexo 1).

En materia de salud mental tiene especial interés el conjunto de excepciones a la regla de confidencialidad. La Rec (2004) 10, en su art. 13.2, establece al respecto:

“Las condiciones de acceso a estos datos deben estar claramente especificadas por la ley”.

La Recomendación aquí es tal vez excesivamente genérica. Pudiera ser adecuado concretar más los supuestos en los que el acceso a la información confidencialidad está justificado.

iv. Computerised data bases relating to health should be designed so as to ensure maximum security in terms of the accessibility of personal data. Whenever possible, only unidentified data should be used. Where personal data are needed, as is sometimes the case for research purposes, it is necessary to develop systems for treating such data in coded form and to ensure that the code is completely confidential.

v. For some purposes, data need to be personalised only at local level, for example in the clinic or health centre, where as unidentified data can be delivered to a central statistical unit and used in large-scale analyses. Optimal use should be made of the possibilities offered by computer technology to differentiate accessibility to personal data and to use codified data”.

⁶⁵ “4. Promote improvements in health information systems in accordance with the recommendations of the World Health Organisation, by:

- Developing and regulating data processing techniques designed to ensure protection of confidential information while at the same time permitting the continued development of epidemiological and evaluative research”.

⁶⁶ “Appendix to Recommendation No. R (81) 1

PRINCIPLES APPLYING TO AUTOMATED MEDICAL DATA BANKS⁶⁶

1. Scope and purpose of the regulations

1.1. The following principles apply to automated data banks set up for purposes of medical care, public health, management of medical or public health services or medical research, in which are stored medical data and, as the case may be, related social or administrative data pertaining to identified or identifiable individuals (automated medical data banks).

1.2. Every automated medical data bank should be subject to its own specific regulations, in conformity with the laws of the state in whose territory it is established.

The regulations of medical data banks used for purposes of public health, management of medical and health services, or for the advancement of medical science should have due regard to the pre-eminence of individual rights and freedoms.

...

5. Access to and use of information

...

5.4. Without the data subject's express and informed consent, the existence and content of his medical record may not be communicated to persons or bodies outside the fields of medical care, public health or medical research, unless such a communication is permitted by the rules on medical professional secrecy.

5.5. Linking or bringing together information on the same individual contained in different medical data banks is permitted for purposes of medical care, public health or medical research, provided it is in accordance with the specific regulations”.

Algunos documentos internacionales pudieran ser un buen referente al respecto. Por ejemplo, la WMA-Budapest'93 es bastante detallada en sus recomendaciones⁶⁷. La WMABali'1995 contiene asimismo alguna mención de interés⁶⁸. La DHawaii-II'83 incorpora igualmente un párrafo que afecta a uno de los motivos de la ruptura de la confidencialidad –el permiso del paciente-⁶⁹.

Los UNPMI'91 contienen igualmente algunas previsiones relevantes en esta materia:

“Principio 19. Acceso a la información

1. El paciente (término que en el presente principio comprende al ex paciente) tendrá derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga la institución psiquiátrica. Este derecho podrá estar sujeto a restricciones para impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o se ponga en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo disponga la legislación nacional, toda información de esta clase que no se proporcione al paciente se proporcionará al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se proporcione al paciente cualquier parte de la información, el paciente o su defensor, si lo hubiere, será informado de la decisión y de las razones en que se funda, y la decisión estará sujeta a revisión judicial”.

“Principio 18. Garantías procesales

4. Se proporcionarán al paciente y a su defensor copias del expediente del paciente y de todo informe o documento que deba presentarse, salvo en casos especiales en que se considere que la revelación de determinadas informaciones perjudicaría gravemente la salud del paciente o pondría en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo prescriba la legislación nacional,

⁶⁷ “1. The duty of confidentiality must be paramount except in cases where the physician is legally or ethically obligated to disclose such information in order to protect the welfare of the individual patient, third parties or society. In such cases, the physician must make a reasonable effort to notify the patient of the obligation to breach confidentiality, and explain the reasons for doing so, unless this is clearly inadvisable (such as where telling the patient would exacerbate a threat). In certain cases, such as genetic or HIV testing, physicians should discuss with their patients, prior to performing the test, instances in which confidentiality might need to be breached. A physician should breach confidentiality in order to protect the individual patient only in cases of minor or incompetent patients (such as certain cases of child or elder abuse) and only where alternative measures are not available. In all other cases, confidentiality may be breached only with the specific consent of the patient or his/her legal representative or where necessary for the treatment of the patient, such as in consultations between medical practitioners. Whenever confidentiality must be breached, it should be done so only to the extent necessary and only to the relevant party or authority.

2. In all cases where a physician's obligation to his or her patient conflicts with the administrative dictates of the employer or the insurer, a physician must strive to change the decision of the employing/insuring body. His or her ultimate obligation must be to the patient. Mechanisms should be in place to protect physicians who wish to challenge decisions of employers/insurers without jeopardizing their jobs, and to resolve disagreements between medical professionals and administrators with regard to allocation of resources. Such mechanisms should be embodied in medical practitioners' employment contracts. These employment contracts should acknowledge that medical practitioners' ethical obligations override purely contractual obligations related to employment”.

⁶⁸ “12. The confidentiality and privacy of all patients should be safeguarded. When required by law, the physician should disclose only the required relevant material and should disclose such material only to the entity having legal authority to make such a request or demand. Data banks that allow access to or transfer of information from one authority to another may be used provided that medical confidentiality is respected and such access or transfer is fully compliant with applicable law”.

⁶⁹ “8. Whatever the psychiatrist has been told by the patient, or has noted during examination or treatment, must be kept confidential unless the patient relieves the psychiatrist from this obligation, or to prevent serious harm to self or others makes disclosure necessary. In these cases however, the patient should be informed of the breach of confidentiality”.

todo documento que no se proporcione al paciente deberá proporcionarse al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se comunique al paciente cualquier parte de un documento, se informará de ello al paciente o a su defensor, así como de las razones de esa decisión, que estará sujeta a revisión judicial”.

De hecho, en el ámbito del Consejo de Europa sí ha habido alguna reflexión en materia de excepciones al principio general de confidencialidad. Por ejemplo, el WP-CDBI’2000 sí hacía alguna alusión, eso sí bastante genérica cuando afirmaba:

“11. The human rights of people suffering from mental disorder, in particular those placed as involuntary patients

4. ... Except under exceptional circumstances, i.e. in the interests of public safety or as agreed for the purposes of medical research (see section 10 above), information on the patient's health, including medical data, should remain confidential”.

1.9.- El principio de conservación de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

1.9.1.- El principio de conservación de derechos.

Está vigente implícitamente el principio de conservación de derechos de todo ser humano, incluidos los pacientes con trastorno mental. Por eso, la CHRB’97 establece que “las Partes en el presente Convenio protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina” (art. 1). Este reconocimiento está relacionado con la prescripción del ICCPR’66 que, a su vez, señala que: “Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica” (art. 16).

En esta material existen dos niveles de protección:

- En el caso de los derechos civiles y políticos (podrían incluirse también los derechos culturales) el reconocimiento del principio de conservación es explícito. Por ejemplo, el art. 4.1 Rec (2004) 10 afirma: “Las personas aquejadas de trastornos mentales deben poder ejercitar todos sus derechos civiles y políticos”. Antes el WP-CDBI’2000 también sugirió la necesidad de respetar tales derechos (ap. 11.1). Y también los UNPMI’91 explícitamente reconoce tales derechos, aunque de forma considerablemente más amplia, al incluir también los derechos económicos, sociales y culturales (Principio 1.5⁷⁰).
- En el caso de los derechos económicos y sociales, existen algunas afirmaciones explícitas pero, además, se diseña un nivel de especial protección, precisamente por

⁷⁰ “Principio 1. Libertades fundamentales y derechos básicos

5. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión”.

razón de la enfermedad o trastorno mental (por aplicación de otro principio, el de discriminación positiva).

No obstante, en el caso de los derechos civiles y políticos está admitida una eventual restricción de su ejercicio. Un análisis más profundo se efectuará posteriormente, al analizar cada grupo de derechos, pero baste indicar aquí que la posibilidad de una restricción de derechos, en razón a la enfermedad o trastorno mental sí está generalmente admitida, aunque con ciertas garantías:

- “Cualquier restricción al ejercicio de dichos derecho debe hacerse conforme a las disposiciones de la Convención de salvaguarda de los Derechos del Hombre y de las Libertades fundamentales y no debe estar basada en el simple hecho de que la persona está aquejada de trastorno mental” [art. 4.2 Rec (2004) 10].
- “Las restricciones que, en los términos del presente Convenio se impongan a los citados derechos y libertades, no podrán ser aplicadas más que con la finalidad para la cual han sido previstas” (art. 18 ECHR’50).
- Que la restricción esté reconocida por una norma con rango legal, tal como establecen, a nivel general, el art. 29.2 UDHR’48⁷¹ y el art. 4 ICESCR’66⁷² y en el ámbito europeo el apartado 6.3 WHOAmsterdam’94⁷³; igualmente el art. 5.1.e ECHR’50 en lo referido a privaciones de libertad por razón de trastorno psíquico⁷⁴.

Probablemente fuera indicado integrar estos tres requisitos en un futuro instrumento sobre salud mental, ya que la Rec (2004) 10 sólo alude directamente a uno de ellos.

Por supuesto que la prescripción establecida en el art. 1.2 Rec (2004) 10⁷⁵ es plenamente coherente con alguna Recomendación anterior [Rec (83) 2, art. 11] y, en principio, parece indiscutible.

⁷¹ “En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática”.

⁷² “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que, en ejercicio de los derechos garantizados conforme al presente Pacto por el Estado, éste podrá someter tales derechos únicamente a limitaciones determinadas por ley, sólo en la medida compatible con la naturaleza de esos derechos y con el exclusivo objeto de promover el bienestar general en una sociedad democrática”.

⁷³ In the exercise of these rights, patients shall be subjected only to such limitations as are compatible with human rights instruments and in accordance with a procedure prescribed by law.

⁷⁴ “Artículo 5. 1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad salvo, en los casos siguientes y con arreglo al procedimiento establecido por la Ley;
e) Si se trata del internamiento, conforme a derecho, de una persona susceptible de propagar una enfermedad contagiosa, de un enajenado, de un alcohólico, de un toxicómano o de un vagabundo”.

⁷⁵ “Artículo 1. Objeto.

1. Esta Recomendación está dirigida a la mejora de la protección de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas aquejadas de trastornos mentales, en particular de aquellas que sean objeto de internamiento o tratamiento involuntario.

1.9.2.- Derechos civiles.

El art. 4 Rec (2004) 10 establece el principio de conservación en el ejercicio de estos derechos (“Las personas aquejadas de trastornos mentales deben poder ejercitar todos sus derechos civiles y políticos”, ap. 1). En el mismo sentido se había manifestado el WP-CDBI’2000 (ap. 11.1) y el CHRB’97 (art. 1). Lo cual es coherente con lo dispuesto en las principales Declaraciones de Naciones Unidas (art. 6 UDHR’48, art. ICCPR’66, ap. 4 DRDP’75 y Principio 1.5 UNPMI’91).

Especialmente acertada fue la incorporación de segundo apartado al art. 4.2 Rec (2004) 10 que dispone que: “Cualquier restricción al ejercicio de dichos derecho de hacerse conforme a las disposiciones de la Convención de salvaguarda de los Derechos del Hombre y de las Libertades fundamentales y no debe estar basada en el simple hecho de que la persona está aquejada de trastorno mental” Esta afirmación podría completarse añadiendo dos menciones:

- Que el mero hecho del internamiento no es razón por sí misma para restringir la capacidad legal, tal como señalaron la Rec 818 (1977) y la Rec (83) 2⁷⁶. De lo contrario la enfermedad mental, por sí misma, tendría un carácter estigmatizante.
- Que a toda persona se le presume la capacidad, hasta tanto no quede acreditada legalmente la ausencia de ésta, por falta de autodeterminación personal, por un Tribunal independiente e imparcial. Esta mención parece obligada ya que: a) sólo por ley puede restringirse el ejercicio de derechos; b) lo que justifica tal limitación no es la enfermedad mental por sí misma sino que “la persona concernida es incapaz de comprender y defender sus intereses” y c) la necesaria intervención de “un tribunal independiente e imparcial establecido por la ley” es afirmada por el art. 6.1 ECHR’50 y por el Principio 1.6 UNPMI’91. Todo ello en coherencia con la jurisprudencia de la ECHR⁷⁷ y con lo afirmado por alguna organización profesional internacional⁷⁸.

2. Las disposiciones de la presente Recomendación no restringen la facultad de cada Estado miembro de establecer para las personas aquejadas de trastornos mentales una mayor protección que la prevista en esta Recomendación”.

⁷⁶ Rec 818 (1977)

13. Recommends that the Committee of Ministers invite the governments of the member states:

iv. to modify the civil capacity rules applied to the mentally ill, in order to ensure that any hospitalisation does not necessarily result in an automatic determination of legal incapacity, thus creating problems concerning property and other economic rights;

Rec (83) 2

Article 9

1. The placement, by itself, cannot constitute, by operation of law, a reason for the restriction of the legal capacity of the patient.

⁷⁷ Winterwerp v. The Netherlands: “Whatever the justification for depriving a person of unsound mind of the capacity to administer his property, the guarantees laid down in Article 6 para. 1 (art. 6-1) must nevertheless be respected” (para. 75)

Ashingdane v The United Kingdom: “This “right to a court”, of which the right of access is an aspect, may be relied on by anyone who considers on arguable grounds that an interference with the exercise of his (civil) rights is unlawful and complains that he has not had the possibility of submitting that claim to a tribunal meeting the requirements of Article 6 para. 1 (art. 6-1) (see the Le Compte, Van Leuven and De Meyere judgment of 23 June 1981, Series A no. 43, p. 20, par. 44 in fine, and the Sporrang and Lönnroth judgment of 23 September 1982,

Pero, existen situaciones en las que el paciente no está legalmente incapacitado (no existe sentencia de incapacitación) y, sin embargo, “el paciente carece de capacidad para adoptar una decisión acerca de sus cuidados médicos”. Estaríamos en presencia de una incapacidad *de facto*, que no *de iure*. A esta cuestión, por ejemplo, se refiere la WMABali’1995⁷⁹. El WP-CDBI’2000 prestó también atención al respecto⁸⁰.

Probablemente en este aspecto fuera conveniente una regulación del tipo de: “Si un paciente, no incapacitado legalmente, carece de capacidad para tomar decisiones sobre su tratamiento, se obtendrá el consentimiento de su representante legal. En caso de urgencia, de no poder obtener este consentimiento sustituto, el facultativo adoptará las medidas imprescindibles para garantizar la vida y salud del paciente y la seguridad del mismo y la de terceros”.

Siendo cuestiones no necesariamente relacionadas enfermedad mental e incapacidad es necesario el establecimiento de criterios para la determinación de ambas.

Los UNPMI’91 (Principio 1.2) hablan de “enfermedad mental” y las organizaciones profesionales emplean términos como “paciente mental” (WPA-RLSMI-Athens’89) o “enfermedad psiquiátrica” (DHawaii-II’83, ap. 7). Sin embargo, en el ámbito europeo, aunque alguna Recomendación también ha empleado el término “paciente mental” [ap. 7 Rec 1235 (1994)], el término más arraigado es el de “trastorno mental”. Éste es el término utilizado en la Rec (83) 2 (art.2), en el WP-CDBI’2000 (ap. 2) y en la Rec (2004) 10 (art. 2.1).

El WP-CDBI’2000 sugería la posibilidad de determinar “las categorías que se incluyen en el concepto de trastorno mental” (ap. 2), aunque no llegó a conclusiones definitivas. La Rec (2004) 10 aborda la cuestión en su art. 2:

Series A no. 52, p. 30, par. 81). Furthermore, in the "contestations" (disputes) contemplated by Article 6 par. 1 (art. 6-1) it may be the actual existence of a "civil right" which is at stake (see the first-mentioned judgment, p. 22, par. 49 in fine)” (par. 55).

⁷⁸ WMABali’1995

“9. In the absence of legally adjudicated incompetence, psychiatric patients must be dealt with as though they are legally competent. The patient's judgment should be respected in areas where he/she is legally capable of making decisions, unless they present a risk of serious harm to themselves or others”.

⁷⁹ WMABali’1995

“9. In the absence of legally adjudicated incompetence, psychiatric patients must be dealt with as though they are legally competent. The patient's judgment should be respected in areas where he/she is legally capable of making decisions, unless they present a risk of serious harm to themselves or others. A patient with mental illness who is incapable of legally exercising his/her autonomy should be treated like any other patient who is temporarily or permanently legally incompetent. If the patient lacks the capacity to make a decision as to his/her medical care, surrogate consent should be sought from an authorized representative in accordance with applicable law”.

⁸⁰ WP-CDBI’2000

“2. The categories included in the concept of mental disorder.

5. An alternative proposal to the use of mental disorder is to use the concept of mental incapacity whereby decisions are based on the ability of the individual, as determined by medical and other professional staff, to understand the nature of treatment or admission, weigh up the benefits of such, make a choice and communicate that choice.

Should the concept of mental incapacity be further developed for the purposes of mental health legislation?”.

“Article 2 – Scope and definitions

Scope

1. This Recommendation applies to persons with mental disorder defined in accordance with internationally accepted medical standards.
2. Lack of adaptation to the moral, social, political or other values of a society, of itself, should not be considered a mental disorder”.

El primer apartado del citado precepto está inspirado en el art. 2 Rec (83) 2⁸¹ y es similar al Principio 4.1 UNPMI’91. El segundo apartado es similar al art. 2 Rec (83) 2 y bastante parecido al Principio 4.3 UNPMI’91. Ambos aspectos se encuentran asimismo recogidos en la WPA-RLSMI-Athens’89

Sin embargo, en esta materia, los UNPMI’91 son bastante más detallados, por lo que convendría reflexionar si se estima conveniente incorporar alguno de sus detalles:

“Principio 4. Determinación de una enfermedad mental

1. La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente.
2. La determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.
3. Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental.
4. El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental.
5. Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de ésta”.

En relación a esta materia existen igualmente dos cuestiones no abordadas directamente en los instrumentos del CoE:

- Una se refiere a la necesidad de que se respete el procedimiento legalmente previsto para ser obligado a un examen médico para determinar la existencia o no de trastorno mental (Principio 5 UNPMI’91)⁸².
- La otra trata sobre el cese de la intervención psiquiátrica, una vez determinada la ausencia de trastorno mental (DHawaii-II’83, 7)⁸³.

⁸¹ Rec (83) 2

“Article 2

Psychiatrists and other doctors, in determining whether a person is suffering from a mental disorder and requires placement, should do so in accordance with medical science”.

⁸² “Principio 5. Examen médico

Ninguna persona será forzada a someterse a examen médico con objeto de determinar si padece o no una enfermedad mental, a no ser que el examen se practique con arreglo a un procedimiento autorizado por el derecho nacional”.

⁸³ DHawaii-II’83:

A fin de evitar posibles abusos, pudiera ser conveniente introducir alguna prescripción al respecto.

En relación al procedimiento de incapacitación y el sometimiento a un mecanismo de tutela deben tenerse en cuenta algunas declaraciones y/o recomendaciones.

Por ejemplo, la necesidad de que se respete la regla del debido proceso, ante un órgano imparcial e independiente y reconociendo el derecho a la audiencia del paciente concernido. El ECHR'50 establece en su art. 6.1:

“Toda persona tiene derecho a que su causa sea oída equitativa, públicamente y dentro de un plazo razonable, por un Tribunal independiente e imparcial, establecido por la Ley, que decidirá los litigios sobre sus derechos y obligaciones de carácter civil o sobre el fundamento de cualquier acusación en materia penal dirigida contra ella. La sentencia debe ser pronunciada públicamente, pero el acceso a la Sala de Audiencia puede ser prohibido a la prensa y al público durante la totalidad o parte del proceso en interés de la moralidad, del orden público o de la seguridad nacional en una sociedad democrática, cuando los intereses de los menores o la protección de la vida privada de las partes en el proceso así lo exijan o en la medida considerada necesaria por el Tribunal, cuando en circunstancias especiales la publicidad pudiera ser perjudicial para los intereses de la justicia.

En este sentido se pronunció la ECHR en los casos *Winterwerp v. The Netherlands*⁸⁴ y *Ashingdane v. The United Kingdom*⁸⁵. También los UNPMI'91 aluden a la cuestión⁸⁶.

“7. ... The psychiatrist must on no account utilize the tools of his profession, once the absence of psychiatric illness has been established...”.

⁸⁴ “75. By way of general argument, the Government contend that there was no breach of Article 6 par. 1 (art. 6-1) since the provisions of the Mentally Ill Persons Act safeguard the civil rights of the detained person of unsound mind who, by the very reason of his proven mental condition, needs to be protected against his own inability to manage his affairs.

The Court does not agree with this line of reasoning. Whatever the justification for depriving a person of unsound mind of the capacity to administer his property, the guarantees laid down in Article 6 par. 1 (art. 6-1) must nevertheless be respected. While, as has been indicated above in connection with Article 5 par. 4 (art. 5-4) (see paragraphs 60 and 63), mental illness may render legitimate certain limitations upon the exercise of the "right to a court", it cannot warrant the total absence of that right as embodied in Article 6 para. 1 (art. 6-1) (see the above-mentioned *Golder* judgment, pp. 18 and 19, pars. 36, 38 and 39).

76. There has accordingly been a breach of Article 6 para. 1 (art. 6-1)”.

⁸⁵ “55. In its *Golder* judgment of 21 February 1975, the Court held that "Article 6 par. 1 (art. 6-1) secures to everyone the right to have any claim relating to his civil rights and obligations brought before a court or tribunal" (Series A no. 18, p. 18, par. 36). This "right to a court", of which the right of access is an aspect, may be relied on by anyone who considers on arguable grounds that an interference with the exercise of his (civil) rights is unlawful and complains that he has not had the possibility of submitting that claim to a tribunal meeting the requirements of Article 6 par. 1 (art. 6-1) (see the *Le Compte, Van Leuven and De Meyere* judgment of 23 June 1981, Series A no. 43, p. 20, par. 44 in fine, and the *Sporrong and Lönnroth* judgment of 23 September 1982, Series A no. 52, p. 30, par. 81). Furthermore, in the "contestations" (disputes) contemplated by Article 6 par. 1 (art. 6-1) it may be the actual existence of a "civil right" which is at stake (see the first-mentioned judgment, p. 22, par. 49 in fine)”.

⁸⁶ “Principio 1. Libertades fundamentales y derechos básicos

6. Toda decisión de que, debido a su enfermedad mental, una persona carece de capacidad jurídica y toda decisión de que, a consecuencia de dicha incapacidad, se designe a un representante personal se tomará sólo después de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate tendrá derecho a estar representada por un defensor. Si la

Por otro lado, debería afirmarse rotundamente que no existe una obligada relación entre internamiento involuntario e incapacitación. En tal sentido afirma la Rec 818 (1977):

“13. Recommends that the Committee of Ministers invite the governments of the member states:

iv. to modify the civil capacity rules applied to the mentally ill, in order to ensure that any hospitalisation does not necessarily result in an automatic determination of legal incapacity, thus creating problems concerning property and other economic rights”.

Posteriormente la Rec (83) 2 insistirá sobre el asunto:

“Article 9

1. The placement, by itself, cannot constitute, by operation of law, a reason for the restriction of the legal capacity of the patient”⁸⁷.

En cualquier caso debe recordarse que la determinación de que una persona padece un trastorno mental que podría justificar la incapacidad, debe llevarse a cabo de acuerdo a estándares médicos reconocidos⁸⁸ y de acuerdo al procedimiento legalmente establecido⁸⁹, no pudiendo entenderse que concurre trastorno mental por la mera falta de aceptación de determinados valores morales, sociales o políticos⁹⁰. Tampoco el historial clínico, por sí mismo, puede justificar la concurrencia en el momento presente de un trastorno mental⁹¹.

persona de cuya capacidad se trata no obtiene por sí misma dicha representación, se le pondrá ésta a su disposición sin cargo alguno en la medida de que no disponga de medios suficientes para pagar dichos servicios. El defensor no podrá representar en las mismas actuaciones a una institución psiquiátrica ni a su personal, ni tampoco podrá representar a un familiar de la persona de cuya capacidad se trate, a menos que el tribunal compruebe que no existe ningún conflicto de intereses. Las decisiones sobre la capacidad y la necesidad de un representante personal se revisarán en los intervalos razonables previstos en la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate, su representante personal, si lo hubiere, y cualquier otro interesado tendrán derecho a apelar esa decisión ante un tribunal superior”.

⁸⁷ “EXPLANATORY MEMORANDUM

III. Comments on the rules

43. The purpose of paragraph 1 is to ensure that placement is not regarded as a ground for restricting the patient's legal capacity *ipso jure*. Any such restriction must comply with the principles (and procedures) of ordinary law, which generally provides that legal capacity may be restricted only where the person concerned is unable to understand or defend his interests”.

⁸⁸ Art. 2.1 Rec (2004) 10:

“Esta Recomendación se aplica a las personas aquejadas de trastornos mentales, definidos estos conforme a las normas médicas internacionalmente reconocidas”.

Principio 4.1 UNPMI’91:

“La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente”.

WPA-RLSMI-Athens’89:

“A diagnosis that a person is mentally ill shall be determined in accordance with the internationally accepted medical standards. Physicians, in determining whether a person is suffering from mental illness, should do so in accordance with medical science”.

⁸⁹ UNPMI’91. “Principio 5. Examen médico

Ninguna persona será forzada a someterse a examen médico con objeto de determinar si padece o no una enfermedad mental, a no ser que el examen se practique con arreglo a un procedimiento autorizado por el derecho nacional”.

1.9.3.- Derechos políticos.

La vigencia de los derechos políticos está garantizada, tanto por las Declaraciones y Convenios de Naciones Unidas (UDHR'48, ICCPR'66 y ICESCR'66) como en el ámbito del Consejo de Europa (ECHR'50) y en las propias legislaciones nacionales.

Existe no obstante algún aspecto concreto que tal vez debiera merecer mayor atención. La regulación de la Rec (2004) 10 es muy genérica (art. 4) y no entra en detalles. Pero pudiera ser de interés actualizar alguna preocupación que ya mostró el CoE hace décadas. Es el caso de la Rec 818 (1977) en relación al derecho al voto. Dispone al efecto:

“13. Recommends that the Committee of Ministers invite the governments of the member states:

v. to implement the right to vote for those mental patients able to understand the meaning of the vote by taking the necessary steps with a view to facilitating the exercise of it, by ensuring that information on public affairs is made available, by informing the patients about the procedures, deadlines and registration, etc. and by offering material assistance to those who are physically handicapped ; mental patients declared unfit to vote should have the possibility of appeal;”

Indicar además que, puntualmente, probablemente ante la detección de alguna irregularidad al respecto los UNPMI'91 enfatizan el hecho de que debe garantizarse la libertad de religión y creencias en el seno de instituciones psiquiátricas:

“Principio 13. Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas

1. Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su:

d) Libertad de religión o creencia”.

Pudiera tomarse en consideración una mención de este tipo.

⁹⁰ Art. 2.2 Rec (2004) 10:

“La ausencia de adaptación a los valores morales, sociales, políticos u otros de la sociedad no pueden ser, por sí mismos, considerados como trastorno mental”.

UNPMI'91. “Principio 4

Determinación de una enfermedad mental

2. La determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.

3. Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental.

WPA-RLSMI-Athens'89:

“Difficulty in adapting to moral, social, political, or other values, in itself should not be considered a mental illness”.

⁹¹ UNPMI'91. “Principio 4. Determinación de una enfermedad mental

4. El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental”.

Por otro lado merece especial atención el reconocimiento del derecho a la participación de los usuarios en la elaboración de normas sobre salud mental y en la planificación de servicios, al que se hará mención en el capítulo 4.

1.9.4.- Derechos sociales.

1.9.4.1.- Derecho a la salud.

El art. 11 ESC'61 garantiza el derecho a la protección de la salud⁹², refiriéndose a la necesidad de prevenir las causas, proveer de servicios y prevenir en la medida de lo posible la enfermedad. La Rec (86) 5, por su parte, considera “that the right to the protection of health is an integral part of the human rights whose protection is one of the fundamental principles of the Council of Europe”.

En lo referido específicamente a salud mental, la Rec (91) 15 constata “that mental disorders represent a serious health problem, from the human as well as the economic point of view, among populations in member states”. Por dicha razón algunas declaraciones profesionales también refieren la necesidad de garantizar un adecuado y efectivo tratamiento de los trastornos mentales (WPA-RLSMI-Athens'89).

La materialización del derecho a la salud mental se encuentra contemplada en el art. 10 Rec (2004) 10. Sobre este tema nos extenderemos en el capítulo 4.

1.9.4.2.- Derecho al trabajo.

El derecho al trabajo sin discriminación alguna se encuentra reconocido en los más importantes instrumentos jurídicos de Naciones Unidas (art. 23.2 UDHR'48 y art. 6.1 ICESCR'66) y del Consejo de Europa (art. 1 en particular la Parte V.E ESC'61). Y también en ambos ámbitos existe una taxativa proscripción del trabajo forzoso (art. 8 ICCPR'66 y art. 4 ECHR'50).

Sin embargo, es en el ámbito de Naciones Unidas y no tanto del Consejo de Europa, donde se produce una mayor atención sobre los derechos y condiciones laborales en las instituciones psiquiátricas. El Principio 13.3 y 4 UNPMI'91 señala:

“Principio 13. Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas

3. En ninguna circunstancia podrá el paciente ser sometido a trabajos forzados. Dentro de los límites compatibles con las necesidades del paciente y las de la administración de la institución, el paciente deberá poder elegir la clase de trabajo que desee realizar.

4. EL trabajo de un paciente en una institución psiquiátrica no será objeto de explotación. Todo paciente tendrá derecho a recibir por un trabajo la misma remuneración que por un trabajo igual, de conformidad con las leyes o las costumbres nacionales, se pagaría a una

⁹² Cfr. art. 25 UCHR'48 y art. 12 ICESCR'66.

persona que no sea un paciente. Todo paciente tendrá derecho, en cualquier caso, a recibir una proporción equitativa de la remuneración que la institución psiquiátrica perciba por su trabajo”.

Probablemente sobre esta cuestión estuviera indicado introducir alguna aportación en un futuro instrumento de referencia.

En el mismo sentido, un futuro instrumento de referencia probablemente debiera hacer alguna alusión a una de las cuestiones frecuentemente abordadas por el Comisario para los Derechos Humanos: la necesidad de proporcionar empleo en un medio comunitario a los pacientes mentales⁹³. Esta integración en el ámbito social también aparece recogida en el ap. 7 DRDP’75⁹⁴.

1.9.4.3.- Derecho a la seguridad social.

El derecho a la seguridad social también aparece reconocido tanto en el ámbito de Naciones Unidas (art. 22 UDHR’48 y art. 9 ICESCR’66) como en el del Consejo de Europa (art. 12 ESC’61).

Pudiera pensarse en incluir un apartado específico en el instrumento de referencia que hiciera alusión a este derecho en el ámbito de la enfermedad mental.

1.9.4.4.- Derecho a la asistencia social.

Como señala la DRDP’75: “Las personas discapacitadas tienen derecho a que se tengan en cuenta sus necesidades particulares en todas las etapas de la planificación económica y social” (ap. 8).

⁹³ Follow-up Report on Cyprus (2003 – 2005). Assessment of the progress made in implementing the recommendations of the Council of Europe Commissioner for Human Rights, para. 82; Report by Mr. Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, on his visit to Estonia, 27th – 30th October 2003. Strasbourg, 12 February 2004. CommDH(2004)5, para. 39; Report by the Commissioner for Human Rights Mr. Thomas Hamberg on his visit to Germany, 9 – 11 and 15 – 20 October 2006. Strasbourg, 11 July 2007 CommDH(2007)14, para. 70-72; Report by Mr. Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, on his visit to Latvia, 5 - 8 October 2003, Strasbourg, 12 February 2004, CommDH(2004)3, para.103-104; Memorandum to the Latvian Government, Assessment of the progress made in implementing the 2003 recommendations of the Council of Europe Commissioner for Human Rights. Strasbourg, 16 May 2007. CommDH(2007)9, para. 63; Report by Mr. Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, on his visit to Lithuania, 23 – 26 NOVEMBER 2003, Strasbourg, 12 February 2004 . CommDH(2004)6, para. 25-26; Memorandum to the Lithuanian Government, Assessment of the progress made in implementing the 2004 Recommendations of the Council of Europe Commissioner for Human Rights, Strasbourg, 16 May 2007, CommDH(2007)8, para. 52.

⁹⁴ “7. El discapacitado tiene derecho a la seguridad económica y social y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a obtener y conservar un empleo y a ejercer una ocupación útil, productiva y remunerativa, y a formar parte de organizaciones sindicales”.

En ocasiones, ya no sólo no se han incrementado los recursos asistenciales para personas discapacitadas y personas con trastornos mentales, sino que incluso una disminución presupuestaria perjudica de forma grave a estos colectivos⁹⁵.

1.9.5.- Derechos económicos.

La protección de los derechos económicos de las personas que padecen trastornos mentales ha sido desde antiguo una preocupación del Consejo de Europa. La Rec 818 (1977) (ap. 13.I.iv) aconsejaba “to modify the civil capacity rules applied to the mentally ill, in order to ensure that any hospitalisation does not necessarily result in an automatic determination of legal incapacity, thus creating problems concerning property and other economic rights”. Posteriormente, la Rec (83) 2 (art. 9.1) establecía que “the authority deciding a placement should see, if necessary, that adequate measures are taken in order to protect the material interests of the patient”⁹⁶.

Es necesario en este sentido recordar lo que señalaba el WP-CDBI’2000:

“11. The human rights of people suffering from mental disorder, in particular those placed as involuntary patients.

13. The Working Party was also of the opinion that the protection of patients' situation should be ensured pursuant to the national legislations of member States. In this framework, it was underlined that when a person suffered from mental disorder, he/she might endanger his/her future economic situation. National legislations of member States should consequently provide measures aiming at guaranteeing and protecting the economic situation of people suffering from mental disorder, e.g. through guardianship or other appropriate means. National legislations of member States should also make available measures to protect the interests of people suffering from mental disorder as regards their future situation in the field of employment and family life”.

Lo anterior está en relación con la prescripción contenida en los UNPMI’91:

“Principio 1

Libertades fundamentales y derechos básicos

7. Cuando una corte u otro tribunal competente determine que una persona que padece una enfermedad mental no puede ocuparse de sus propios asuntos, se adoptarán medidas, hasta donde sea necesario y apropiado a la condición de esa persona, para asegurar la protección de sus intereses”.

⁹⁵ Por ejemplo: Report by the Commissioner for Human Rights Mr. Thomas Hamberg on his visit to Germany, 9 – 11 and 15 – 20 October 2006. Strasbourg, 11 July 2007 CommDH(2007)14 , para. 71.

⁹⁶ “Explanatory Memorandum.

III. Comments on the rules

44. Paragraph 2 concerns the measures which may be taken by the authority ordering the placement. Placement often gives patients neither time nor opportunity to settle their affairs. While not imposing a duty on the authority ordering the placement to take safeguarding action itself, paragraph 2 accordingly makes it responsible for alerting the competent authorities (for example the social welfare authorities) so that, if no one else (family member, employee, etc.) is available to look after the patient's affairs, they can step in to perform services which do not presuppose restrictions in the patient's legal capacity or the appointment of a legal representative (for example for managing property)”.

La Rec (2004) 10, en su art. 7 señala al respecto:

“Artículo 7. Protección de las personas vulnerables aquejadas de trastornos mentales.
2. La ley debe prever medidas para proteger, en caso necesario, los intereses económicos de las personas aquejadas de trastornos mentales”.

En relación al resarcimiento por los daños provocados por una intervención o una privación de libertad indebida el art. 24 CHRB'97 dispone, en relación a lo primero:

“Artículo 24. Reparación de un daño injustificado
La persona que haya sufrido un daño injustificado como resultado de una intervención tendrá derecho a una reparación equitativa en las condiciones y modalidades previstas por la ley”.

En relación a lo segundo (privación indebida de libertad) el art. 5.5 ECHR'50 señala:

“Toda persona víctima de una detención preventiva o de un internamiento en condiciones contrarias a las disposiciones de este artículo tendrá derecho a una reparación”.

Podría tal vez pensarse en que un precepto de un futuro instrumento de referencia hiciera alusión a ambos aspectos en relación con las personas que padecen trastornos mentales.

1.9.6.- Derechos culturales.

El derecho a la cultura y a la educación están consagrados tanto en la regulación de Naciones Unidas (arts. 26-27 UDHR'48 y 13-16 ICESCR'66) como del Consejo de Europa (art. 30.a ESC'61). Existe además alguna Recomendación específica en materia deportiva (Rec (86) 18).

Pero en el tiempo presente existe un aspecto que probablemente merecería alguna consideración en el ámbito de la salud mental: la problemática derivada de la existencia de sociedades multiculturales. La Rec (90) 22 estuvo dedicada específicamente a “la protección de la salud mental de ciertos grupos sociales vulnerables”; posteriormente otras Recomendaciones han abordado esta misma cuestión [Rec (2006) 3 y Rec (2006) 18]⁹⁷. En particular interesa resaltar la existencia de amplios colectivos que pertenecen a minorías étnicas, a los que se refiere la citada Rec (90) 22⁹⁸.

⁹⁷ Ha de tenerse en cuenta el detallado Apéndice a la Recommendation Rec (2006) 18 of the Committee of Ministers to member states on health services in a multicultural society.

⁹⁸ Appendix to Recommendation No. R (90) 22

III. Ethnic minorities

5. Mental health policies for ethnic minorities should be formulated to take account of the needs of immigrants, migrant workers and refugees, and should ensure the involvement of the target group concerned. In particular these policies should:

- i. Recognise and take steps to deal with the isolation and difficulties in acculturation and language acquisition which affect those groups, especially the women, leading to inadequate use of mainstream health services, including compliance with medication, which represents a particular difficulty in mental illness and emotional disorders.
- ii. Provide an appropriate range of culturally adapted psycho-therapeutic support services for young people recognising especially the vulnerability to mental health problems of adolescent girls, who may find themselves at the centre of violent intercultural conflicts.
- iii. Take account of the fact that mental health problems may manifest themselves in different ways because of different cultural backgrounds and provide education for mental health workers regarding other cultures and the psycho-pathology of people from ethnic minorities.

iv. Integrate within health care and social services teams at all levels personnel from different cultural backgrounds who may offer specific help to individuals as well as providing others with insight into cultural factors relevant to their patients' needs.

CAPÍTULO II

TRATAMIENTO E INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO

2.1.- Tratamiento e internamiento voluntario.

2.2.- Internamiento involuntario.

2.2.1.- Criterios de internamiento involuntario.

2.2.1.1.- Por razones terapéuticas.

2.2.1.2.- Con fines de evaluación.

2.2.2.- Traslado al hospital y eventual intervención policial.

2.2.3.- Procedimiento de admisión.

2.2.3.1.- Evaluación médica.

2.2.3.2.- Procedimiento de autorización.

2.2.3.2.1.- Ingreso ordinario.

2.2.3.2.2.- Ingreso de urgencia.

2.2.3.2.3.- Ingreso para evaluación.

2.2.3.3.- Comunicaciones e información derivadas del internamiento.

2.2.4.- Garantías del procedimiento.

2.2.4.1.- Derecho a que la legalidad de la medida o su prolongación sea revisada por un tribunal a intervalos razonables.

2.2.4.1.1.- Legalidad de la medida o prolongación de la misma.

2.2.4.1.2.- Verificación de la legalidad por un tribunal u órgano no judicial independiente e imparcial.

2.2.4.1.3.- Revisión periódica por un tribunal.

2.2.4.1.4.- Plazos razonables de revisión.

2.2.4.2.- Derecho a una audiencia judicial.

2.2.4.3.- Derecho a elegir y nombrar consejero y abogado.

2.2.4.4.- Derecho a la asistencia de un intérprete.

2.2.4.5.- Derecho a los medios de prueba.

2.2.4.6.- Derecho a recurso judicial.

2.2.4.7.- Derecho a reparación por el internamiento indebido.

2.2.5.- Estándares de la institución.

2.2.5.1.- Registro de instituciones.

2.2.5.2.- Ambiente y condiciones de vida de las instituciones psiquiátricas.

2.2.5.3.- Derecho a comunicaciones y visitas.

2.2.5.4.- Traslado entre instituciones.

2.2.5.5.- Quejas.

2.2.5.6.- Inspección de las instituciones y control de la calidad asistencial.

2.2.6.- Uso de medios coercitivos.

2.2.6.1.- Principios reguladores.

2.2.6.2.- Contención mecánica.

- 2.2.6.3.- Aislamiento.
 - 2.2.6.4.- Contención química.
 - 2.2.7.- Duración y fin del internamiento involuntario.
 - 2.2.7.1.- Internamiento para evaluación.
 - 2.2.7.2.- Internamiento para tratamiento.
 - 2.2.7.2.1.- Limitación temporal de los internamientos involuntarios.
 - 2.2.7.2.2.- La necesidad de revisiones periódicas.
 - 2.2.7.2.3.- El derecho del paciente a solicitar la revisión de la prolongación de su internamiento involuntario.
 - 2.2.7.2.4.- Las facultades del facultativo y del establecimiento en general.
 - 2.2.7.2.5.- Las facultades del juez u órgano independiente de revisión.
 - 2.2.7.2.6.- Continuación del tratamiento tras el internamiento involuntario.
 - 2.2.8.- Internamiento involuntario de menores.
- 2.3.- Tratamiento involuntario.
 - 2.3.1.- Principios generales del tratamiento del trastorno mental.
 - 2.3.1.1.- Plan de tratamiento apropiado e individualizado.
 - 2.3.1.2.- En interés del paciente.
 - 2.3.1.3.- Carácter integral.
 - 2.3.1.4.- Promoción de la autonomía personal y de la participación del paciente.
 - 2.3.1.5.- Principio de menor restricción.
 - 2.3.1.6.- Revisión periódica.
 - 2.3.1.7.- Documentación.
 - 2.3.2.- Relación entre el internamiento y el tratamiento.
 - 2.3.3.- Supuestos admitidos.
 - 2.3.4.- Procedimiento de autorización.
 - 2.3.4.1.- Procedimiento ordinario.
 - 2.3.4.2.- Procedimiento de urgencia.
 - 2.3.5.- Duración y revisión.
 - 2.3.6.- Tratamientos especiales.
 - 2.3.6.1.- Tratamientos psiquiátricos.
 - 2.3.6.1.1.- Medicación.
 - 2.3.6.1.2.- Terapia electroconvulsiva.
 - 2.3.6.1.3.- Psicocirugía.
 - 2.3.6.2.- Tratamientos no específicamente psiquiátricos.
 - 2.3.6.2.1.- Intervenciones especialmente invasivas.
 - 2.3.6.2.2.- Esterilización.
 - 2.3.6.2.3.- Aborto.

2.1.- Tratamiento e internamiento voluntario.

Obviamente, el principio de no discriminación también es de aplicación a los internamientos voluntarios. Aunque existen cuestiones que requieren particular atención.

Por una parte, existen los “internamientos en ausencia de objeción”. Aunque la Rec (2004) 10 se refiere “en particular a quienes sean sometidos a internamiento o tratamiento involuntario”, su art. 26 trata del “Internamiento de personas que no tengan capacidad de consentir en ausencia de objeción”⁹⁹. Esta cuestión tal vez debiera merecer mayor atención; por ejemplo, especificando la necesidad de una previa evaluación (que habrá de documentarse) para indagar si el paciente realmente tiene o no voluntad de ingresar. También tal vez debiera especificarse que, en caso de duda, el paciente debe gozar de todas las garantías propias del internamiento involuntario. En este sentido son útiles las referencias de los UNPMI’91¹⁰⁰ y de la WPA-RLSMI-Athens’89¹⁰¹.

Por otra parte, se encuentra la cuestión del internamiento que se inicia como voluntario pero que se transforma en involuntario. La Rec (83) 2 se refería a ello¹⁰². Una actualización de esta recomendación sería oportuna ya que, aunque la Rec (2004) 10 se refiere “en particular a quienes sean sometidos a internamiento o tratamiento involuntario” (art. 1.1), no contiene un precepto específico sobre esta materia.

Por lo demás, las condiciones del ingreso psiquiátrico voluntario deben ser similares a las que rigen para otro tipo de pacientes no mentales. Probablemente fuera conveniente introducir un texto del tipo del Principio 15.2 UNPMI’91¹⁰³.

2.2.- Internamiento involuntario.

2.2.1.- Criterios de internamiento involuntario.

⁹⁹ “Artículo 26. Internamiento de personas que no tengan capacidad de consentir en ausencia de objeción.

Los Estados miembros deberán asegurar que existan disposiciones apropiadas para proteger a la persona aqueja de trastorno mental que no tenga capacidad de consentir y que, necesitando un internamiento, no expresa su objeción al mismo”.

¹⁰⁰ “Principio 15. Principios de admisión

1. Cuando una persona necesite tratamiento en una institución psiquiátrica, se hará todo lo posible por evitar una admisión involuntaria.
2. El acceso a una institución psiquiátrica se administrará de la misma forma que el acceso a cualquier institución por cualquier otra enfermedad.
3. Todo paciente que no haya sido admitido involuntariamente tendrá derecho a abandonar la institución psiquiátrica en cualquier momento a menos que se cumplan los recaudos para su mantenimiento como paciente involuntario, en la forma prevista en el principio 16 infra; el paciente será informado de ese derecho”.

¹⁰¹ “Voluntary treatment should be encouraged and access to voluntary treatment should not be administered differently from access to treatment of physical illness. Patients who are voluntarily admitted to a mental health facility or apply for assistance, shall be protected by the same legal safeguards and ethical rules as patients with any other type of illness.

Psychiatric patients should, as a principle, be treated along the same lines as other patients, favored by the fact that great majority of patients may be treated informally and voluntarily in outpatient facilities without hospitalization”.

¹⁰² “Article 1

3. The admission of a patient to an establishment for treatment at his own request does not fall within the field of application of these rules. However, these rules apply to cases where a patient who has originally been admitted at his own request is to be detained in an establishment in spite of his wish to be discharged”.

¹⁰³ “El acceso a una institución psiquiátrica se administrará de la misma forma que el acceso a cualquier institución por cualquier otra enfermedad”.

La Rec (2004) 10 establece, en su art. 17, dos posibilidades de internamiento involuntario: a) por razones terapéuticas, b) con fines de evaluación.

2.2.1.1.- Por razones terapéuticas.

El art. 17.1 Rec (2004) 10 afirma:

“Artículo 17. Criterios para el internamiento involuntario.

1. Una persona puede ser sometida a internamiento involuntario solamente si reúne las siguientes condiciones:

- i. la persona tiene un trastorno mental;
- ii. el estado de la persona representa un riesgo real de daño grave a su salud o para otro.
- iii. el internamiento posee un fin terapéutico.
- iv. no está disponible ningún otro medio menos restrictivo de proporcionar la asistencia.
- v. la opinión de la persona concernida ha sido tenida en consideración”.

En relación con las categorías incluidas en el concepto de trastorno mental, el WP-CDBI'2000 hizo relevantes consideraciones (Sección 2). Este término cubre la enfermedad mental, la discapacidad mental y los trastornos de personalidad. Pero el WP-CDBI'2000 también subrayó dos importantes cuestiones que deberían ser resueltas:

“Are there categories which should be included in or excluded from the concept of "mental disorder" for the purposes of mental health legislation?

Should the concept of mental incapacity be further developed for the purposes of mental health legislation?”

En relación a la existencia, entidad y persistencia del trastorno mental, la ECHR ha establecido una sólida doctrina desde el caso *Winterwerp v. The Netherlands*:

“In the Court’s opinion, except in emergency cases, the individual concerned should not be deprived of his liberty unless he has been reliably shown to be of "unsound mind". The very nature of what has to be established before the competent national authority - that is, a true mental disorder - calls for objective medical expertise¹⁰⁴. Further, the mental disorder must be of a kind or degree warranting compulsory confinement. What is more, the validity of continued confinement depends upon the persistence of such a disorder” (para 39).

¹⁰⁴ UNPMI'91

“Principio 16. Admisión involuntaria

1. Una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica a la que ya hubiera sido admitida como paciente voluntario cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine, de conformidad con el principio 4 supra, que esa persona padece una enfermedad mental y considere:

- a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros; o
- b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva”.

Estos tres requisitos son reiterados por sentencias posteriores¹⁰⁵, por lo que parece adecuada su incorporación a un futuro instrumento sobre esta materia.

La segunda condición (que “la persona represente un riesgo significativo de grave daño para su salud o para terceros”) está generalmente admitida.

La tercera condición es bastante problemática. Internamiento y tratamiento son cuestiones diferentes que requieren un tratamiento legal diferenciado (WP-CDNI’2000, Section 3)¹⁰⁶. Aunque el internamiento sea involuntario, debe procurarse siempre que el tratamiento sea aceptado por el paciente. Ahora bien, parece un importante logro la afirmación de la Rec (2004) 10 de que “el internamiento incluya un fin terapéutico”, que también ratifica el CPT¹⁰⁷, por varias razones:

- Puede ser cierto, como señala la sentencia *Winterwerp v. The Netherlands*, que el art. 5.1.e ECHR’50 no cubre el postulado de que el internado involuntariamente tiene un derecho al tratamiento. Pero que esto no se encuentre respaldado explícitamente por la ECH, no significa que no puedan existir otros instrumentos que establezcan una vinculación entre internamiento y tratamiento (que el internamiento tenga necesariamente una finalidad terapéutica). Así lo expresa también la WPA-RLSMI-Athens’89¹⁰⁸.
- Parece adecuado evitar que las instituciones psiquiátricas alberguen a personas que no tienen necesidades de tratamiento psiquiátrico¹⁰⁹. Es cierto que el art. 5.1.e) ECHR’50 se refiere a diversos colectivos, distintos a las personas con trastorno mental, pero ello no implica que personas que no padecen trastornos mentales estén ingresadas en establecimientos psiquiátricos. No obstante, debe recordarse que, en algún caso, la

¹⁰⁵ *Ashingdane v. The United Kingdom*, par. 37; *Johnson v. The United Kingdom*, par. 60; *Herz v. Germany*, par. 47; *Rakevich v. Russia*, par. 27; *R.L. and M.J.D. v. France*, par. 115.

¹⁰⁶ “It added that a distinction had to be made between the legal ground for involuntary placement and the legal ground for involuntary treatment. In other words, this means that the involuntary placement as such does not mean that the patient can in any event be treated against his/her will, nor that involuntary treatment should inevitably require involuntary placement.

It appeared appropriate to retain the view that even if the patient was admitted involuntarily, the presumption of competence to decide about his/her own treatment prevails, unless inability to decide on his/her own treatment was one of the legal criteria behind placement”.

¹⁰⁷ CPT Standards (Rev 2006)

Extracto del 8º Informe General [CPT/Inf (98) 12]

“41. Los pacientes deberían, como cuestión de principio, estar en situación de dar su libre consentimiento al tratamiento siendo conscientes del mismo. La admisión de una persona en un establecimiento psiquiátrico de forma involuntaria no se debería interpretar como autorización para el tratamiento sin su consentimiento. De lo que se deduce que a cada paciente, ya sea voluntario o involuntario, se le debería dar la oportunidad de rechazar el tratamiento o cualquier otra intervención médica. Cualquier derogación de este principio fundamental debería basarse en la ley y relacionarse sólo con circunstancias excepcionales claras y estrictamente definidas”.

¹⁰⁸ “Hospitalization or treatment against the will of a patient should not be carried out, unless the patient suffers from serious mental illness”.

¹⁰⁹ Follow Up Report on Romania (2002-2005). Assessment of the progress made in implementing the recommendations of the Council of Europe Commissioner for Human Rights. Strasbourg, 29 March 2006. CommDH(2006)7, para. 44.

ECHR ha admitido el internamiento para meros fines de prevención de daños –sin tratamiento-¹¹⁰. Esta cuestión probablemente merecería una reflexión.

- Además, el internamiento no puede justificarse por razones ideológicas o políticas, tal como señaló la Rec (83) 2¹¹¹ y recordó el WP-CDBI'2000 (Section 2.4). Por su parte, la ECHR afirma: “obviously cannot be taken as permitting the detention of a person simply because his views or behaviour deviate from the norms prevailing in a particular society” (Winterwerp v. The Netherlands, para. 37). Y la Rec (2004) recoge el mismo postulado en su art. 2.2: “La ausencia de adaptación a los valores morales, sociales, políticos u otros de la sociedad no pueden ser, por sí mismos, considerados como trastorno mental”.

Probablemente fuera necesario desarrollar en el sentido indicado el art. 17.1.iii Rec (2004) 10.

El principio de menor restricción [art. 8 Rec (2004) 10¹¹²] está asimismo reflejado en el citado art. 17.1.iv Rec (2004) 10 y en la WPA-RLSMI-Athens'89. Otras Recomendaciones anteriores especificaban este principio con otros términos, también bastante adecuados. Así la Rec (83) 2: “In the absence of any other means of living the appropriate treatment”. Y la Rec 1235 (1994): “Compulsory admission must be resorted to in exceptional cases only must comply with the following criteria:...”.

Finalmente, es necesario que “la opinión de la persona concernida sea tomada en consideración”. Lo cual es coherente con la necesidad de fomentar la participación del paciente también en relación a su tratamiento [art. 12.1 Rec (2004) 10] y su involucración en el proceso de toma de decisiones (WHOAmsterdam'94)¹¹³.

Tanto la Rec (83) 2 como la Rec 1235 (1994) contemplaban otro supuesto de internamiento que, sin embargo, no se encuentra en la Rec (2004) 10, pero que podría ser tenido en consideración nuevamente en el futuro.

¹¹⁰ Hutchison Reid v. The United Kingdom: “The applicant’s argument, essentially, is that he is now recognised as suffering from a psychopathic personality disorder that cannot be treated in hospital and that accordingly his detention in hospital is inappropriate and therefore arbitrary” (para. 51), but “Such confinement may be necessary not only where a person needs therapy, medication or other clinical treatment to cure or alleviate his condition, but also where the person needs control and supervision to prevent him, for example, causing harm to himself or other persons (see, for example, *Witold Litwa v. Poland*, no. 26629/95, § 60, ECHR 2000-III)” (para. 52).

¹¹¹ Art. 2.

...

Difficulty in adapting to moral, social, political or other values, in itself, should not be considered a mental disorder.

¹¹² “Artículo 8. Principio de restricción mínima.

Las personas aquejadas de trastornos mentales deben tener el derecho de ser cuidadas en el entorno disponible menos restrictivo posible y beneficiarse del tratamiento disponible menos restrictivo o que implique menor intrusión, teniendo en cuenta las exigencias derivadas de su estado de salud y de la seguridad de terceros”.

¹¹³ WHOAmsterdam'94

3.5. When the consent of a legal representative is required, patients (whether minor or adult) must nevertheless be involved in the decision-making process to the fullest extent which their capacity allows.

La Rec (83) 2 señala:

“Article 3

b. states may, however, provide that a patient may also be placed when, because of the serious nature of his mental disorder, the absence of placement would lead to a deterioration of his disorder or prevent the appropriate treatment being given to him”¹¹⁴.

La Rec 1235 (1994) indica en parecidos términos:

“- an additional criterion could be that of the patient's treatment: if the absence of placement could lead to a deterioration or prevent the patient from receiving appropriate treatment;”

También los UNPMI’91 aluden a este supuesto de ingreso involuntario¹¹⁵. Una concreción de este aspecto por parte del Consejo de Europa podría ser recomendable.

2.2.1.2.- Con fines de evaluación.

Vid. 2.2.3.2.3. y 2.2.7.1.

2.2.2.- Traslado al hospital y eventual intervención policial.

La Rec (2004) 10 contempla la posible intervención policial en el traslado al hospital en los siguientes términos:

“Artículo 32. Intervención policial.

1. En el ejercicio de sus obligaciones legales, la policía deberá coordinar sus intervenciones con los servicios médicos y sociales, si fuera posible con el consentimiento de la persona concernida, aunque el comportamiento de la misma pueda sugerir que está aquejada de un trastorno mental y que representa un significativo riesgo de daño para sí o para otros.

2. Cuando otros recursos no estén disponibles, la policía podrá ser requerida –en el marco de sus funciones- para ayudar al traslado o reingresar a las personas que sean objeto de un internamiento involuntario al establecimiento de destino.

¹¹⁴ EXPLANATORY MEMORANDUM

III. Comments on the rules

18. However, under paragraph *b* of this article, states may also allow placement, subject to certain conditions, solely for the benefit of the health of the patient. Accordingly, states may allow placement without the serious danger required by the first sub-paragraph only in cases where, because of the serious nature of the mental disorder, the absence of treatment would lead to the deterioration of the patient's mental disorder or prevent the appropriate treatment being given to him.

¹¹⁵ “Principio 16. Admisión involuntaria

1. Una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica a la que ya hubiera sido admitida como paciente voluntario cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine, de conformidad con el principio 4 supra, que esa persona padece una enfermedad mental y considere:

b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva.

En el caso a que se refiere el apartado b) del presente párrafo, se debe consultar en lo posible a un segundo profesional de salud mental, independiente del primero. De realizarse esa consulta, la admisión o la retención involuntaria no tendrá lugar a menos que el segundo profesional convenga en ello”.

3. Los funcionarios policiales deberán respetar la dignidad y los derechos humanos de las personas que padezcan trastorno mental. La relevancia de esta obligación deberá estar resaltada en el marco de su formación.
4. Los funcionarios policiales deberán recibir una adecuada formación a fin de evaluar y gestionar situaciones en las que estén involucradas personas con trastorno mental, resaltando la vulnerabilidad de las mismas cuando concurra una actuación policial”.

La eventualidad de una intervención policial en este ámbito aparece reconocida tanto en la Rec (2001) 10 como en el WP-CDBI'2000 (Section 9). La necesidad de una formación específica en este tipo de intervención está asimismo subrayada por la Rec (2001) 10 (26, 27 y 29), por el WP-CDBI'2000 (Section 9.5) y por los CPT Standards (Rev 2006)¹¹⁶.

Probablemente fuera necesario hacer énfasis en el lugar en el que se debe producir la privación de libertad, en el sentido indicado en la jurisprudencia de la ECHR¹¹⁷. Y pudiera ser también conveniente que las legislaciones nacionales contemplaran la eventualidad y condiciones de dicha intervención, tal como señala la WPA-RLSMI-Athens'89¹¹⁸.

2.2.3.- Procedimiento de admisión.

2.2.3.1.- Evaluación médica.

La necesidad de una previa evaluación médica para proceder a un internamiento involuntario aparece reconocida en el art. 20.4 Rec (2004) 10:

“El internamiento o tratamiento involuntarios, o su prolongación, no deben llevarse a cabo más que sobre la base de un examen por parte de un médico que posea la competencia y experiencia precisas y de acuerdo a normas profesiones válidas y fiables”.

¹¹⁶ Extracto del 2º Informe General [CPT/Inf (92) 3]

¹¹⁷ *Ashingdane v. The United Kingdom*:

“44. The issue of principle raised by this submission is whether and, if so, to what extent the expression "lawful detention of a person of unsound mind" can be construed as including a reference not simply to actual deprivation of liberty of mental health patients but also to matters relating to execution of the detention, such as the place, environment and conditions of detention.

Certainly, the "lawfulness" of any detention is required in respect of both the ordering and the execution of the measure depriving the individual of his liberty. Such "lawfulness" presupposes conformity with domestic law in the first place and also, as confirmed by Article 18 (art. 18), conformity with the purposes of the restrictions permitted by Article 5 par. 1 (art. 5-1). More generally, it follows from the very aim of Article 5 par. 1 (art. 5-1) that no detention that is arbitrary can ever be regarded as "lawful" (see the above-mentioned *Winterwerp* judgment, Series A no. 33, pp. 17-18, par. 39). The Court would further accept that there must be some relationship between the ground of permitted deprivation of liberty relied on and the place and conditions of detention. In principle, the "detention" of a person as a mental health patient will only be "lawful" for the purposes of sub-paragraph (e) of paragraph 1 (art. 5-1-e) if effected in a hospital, clinic or other appropriate institution authorised for that purpose”.

Doctrina reiterada en *Aerts v. Belgium*.

¹¹⁸ “National legislation shall provide directions with regard to which kind of persons are authorized to request an involuntary admission, and which body is authorized to carry out the physical force that may be necessary for the implementation of the involuntary intervention”.

La ECHR reitera en diversos pronunciamientos la necesidad de previa evaluación médica¹¹⁹, y el WP-CDBI'2000 alude también al mismo¹²⁰.

2.2.3.2.- Procedimiento de autorización.

2.2.3.2.1.- Ingreso ordinario.

El internamiento ordinario aparece regulado en el art. 20.1 Rec (2004) 10 en los siguientes términos:

“Artículo 20. Procedimiento para tomar la decisión de internamiento y/o tratamiento involuntarios.

Decisión.

1. La decisión de someter a una persona a internamiento involuntario debe ser adoptada por un tribunal u otra instancia competente. Dicho tribunal o instancia deberá:

- i. tener en consideración la opinión de la persona concernida;
- ii. adoptar la decisión de acuerdo a los procedimientos legalmente previstos, sobre la base de que la persona ha sido vista y consultada”.

Tres son los requisitos para el internamiento involuntario ordinario:

- a) Decisión de “un tribunal u otro órgano competente”. La Rec (83) 2 aludía a “una autoridad judicial u otra apropiada prescrita por la ley”. La Rec 1235 (1994) menciona exclusivamente “un juez”. Pero, como señala el WP-CDBI'2000, en algunos países europeos no son los jueces sino otros órganos a los que se atribuye esta decisión. Lo importante, en cualquier caso, es que, de no ser un juez quien tenga encomendada la decisión, se trate siempre de un “órgano independiente”¹²¹. Este requisito debería resaltarse. Como también probablemente fuera necesario hacer mención a que el “órgano no judicial” tiene que ser distinto a aquel que inicialmente solicitó o recomendó el internamiento [como señalaba el art. 4.2 Rec (83) 2]¹²².

¹¹⁹ “The very nature of what has to be established before the competent national authority - that is, a true mental disorder - calls for objective medical expertise” (Winterwerp v. The Netherlands, para. 39).

“The Court considers that no deprivation of liberty of a person considered to be of unsound mind may be deemed in conformity with Article 5 § 1 (e) of the Convention if it has been ordered without seeking the opinion of a medical expert” (Varbanov v. Bulgaria, para. 47).

“La Cour estime qu'aucune privation de liberté d'une personne considérée comme aliénée ne peut être jugée conforme à l'article 5 § 1 e) si elle a été décidée sans que l'on ait demandé l'avis d'un médecin expert” (R.L. and M.J.D. v. France, para. 117).

¹²⁰ “4.2. In the course of its work, the Working Party expressed the opinion that it was necessary that:
- the patient be examined by a psychiatrist or a medical doctor having the requisite experience and competence, in particular as regards risk assessment, in order for a decision on involuntary placement or extension of involuntary placement or for a decision on involuntary treatment or its extension to be taken”.

¹²¹ “4.2.... the decision confirming involuntary placement or treatment should be taken by a relevant independent authority, which should base its decision on valid and reliable standards of medical expertise”.

¹²² “Article 4.2. Where a decision for placement is taken by a non-judicial body or person, that body or person should be different from that which originally requested or recommended placement”.

El Memorandum Explicativo de esta Recomendación señala:

“22. The first safeguard is the requirement that the person or body deciding on placement must be "different" from the one requesting it. This rule uses this term instead of the adjective "independent" since, in many states,

- b) Tener en consideración la opinión de la persona concernida. El WP-CDBI'2000 se planteaba la posibilidad de tomar en consideración la opinión de familiares y allegados¹²³, cuestión que resuelve el art. 20.5 Rec (2004) 10 en los siguientes términos: “El médico o instancia competente debe consultar a los allegados de la persona concernida, salvo que esta se opusiera, si no pudiera llevarse tal consulta a efecto por razones prácticas o si, por otras razones, tal consulta no es apropiada”.
- c) Adecuación a los procedimientos legalmente previstos.

2.2.3.2.2.- Ingreso de urgencia.

El procedimiento en casos de urgencia está contemplado asimismo en la Rec (2004) 10. Su art. 21 dispone:

“Artículo 21. Procedimientos para la toma de decisión sobre internamiento y/o tratamiento involuntario en casos de urgencia.

1. Los procedimientos previstos en situaciones de urgencia no deberán ser utilizados para eludir las disposiciones enunciadas en el art. 20.
2. En el marco de un procedimiento de urgencia:
 - i. el internamiento o tratamiento involuntario no deben llevarse a efecto más que durante un breve período, sobre la base de una evaluación médica apropiada a la medida;
 - ii. los apartados 5 y 6 del artículo 20 deberán ser respetados en la mayor medida posible;
 - iii. toda decisión de someter a una persona a un internamiento o tratamiento involuntario deberá estar consignada por escrito, indicando el período máximo en el cual, conforme a la ley, debe ser oficialmente reevaluada. Ello se entiende sin perjuicio de los derechos de la persona concernida a las revisiones y recursos, de acuerdo a lo dispuesto en el art.25.

the administrative organisation is such that the person or body requesting placement might be hierarchically subjected to the authority taking the final decision. It was thought however that the requirement that the person or body requesting placement and the one deciding it should not be the same constitutes a guarantee of objectivity for the patient”.

También el WP-CDBI'2000 trata sobre esta cuestión:

“4.3.... In the opinion of the Working Party, the relevant question was the independence of the body or authority which takes the decision of placement, the independence of which could be verified by the fact that it was a different authority than the one which proposed the measure and by the fact that its decision was a sovereign decision not influenced by instructions from any source whatsoever. It was thus noted that, in some countries, the relevant authority may be a doctor authorised to take such a decision within a psychiatric establishment, for example, who should be independent in relation to the doctor who proposed the placement measure, in others, it may be a social worker or hospital manager, who may work alongside the doctor examining the patient for the purposes of involuntary placement”.

¹²³ “5. When examining this question, the Working Party considered the view that the family and other people close to the patient should be consulted on involuntary placement or treatment and agreed that they should be consulted only if the patient consents, or if there are wider issues of public safety which mean that family members and other people close to the patient can be consulted without the patient's consent. Furthermore, information for the family and other people close to the patient about the reasons on which the involuntary placement or treatment are based should be given promptly and in an appropriate manner which, inter alia, enables the family and other close people to understand it. The Working Group are however aware that, in certain cases, the interests of the members of the family may not be those of the patient”.

Should family members always be consulted about an individual patient's detention or about the patient's involuntary treatment ? Should others 'close to the patient' take precedence over family members on any occasion? ”.

3. Si la medida debe prolongarse más allá de la situación de urgencia, un tribunal u otra instancia competente deberá adoptar las decisiones relativas a dicha medida, tan pronto como sea posible, de acuerdo a lo dispuesto en el art. 20”.

Varias son las cuestiones que se plantean:

- La necesidad de contemplar un procedimiento especial en caso de urgencia está en consonancia con instrumentos muy relevantes del Consejo de Europa, como el CHRB’97¹²⁴. Esta modalidad de internamiento, efectivamente supone una excepción al principio general de que es precisa una previa evaluación médica para la autorización del internamiento por un juez u órgano no judicial pero independiente, según la ECHR¹²⁵.
- Sin embargo, la necesidad de evaluación médica –previa a la admisión- está explícitamente reflejada en la Rec (2004) 10 (art. 21.2.i). Igual mención se encuentra en documentos anteriores, como la Rec (83) 2¹²⁶ y el WP-CDBI’2000¹²⁷.
- El procedimiento en caso de urgencia no puede utilizarse para soslayar el procedimiento ordinario [art. 2.1 Rec (2004) 10]; así lo advirtió con anterioridad el

¹²⁴ “Artículo 8. Situaciones de urgencia

Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada”.

¹²⁵ Winterwerp v. The Netherlands

“39. ... In the Court’s opinion, except in emergency cases, the individual concerned should not be deprived of his liberty unless he has been reliably shown to be of "unsound mind". The very nature of what has to be established before the competent national authority - that is, a true mental disorder - calls for objective medical expertise”. (Also, X v. The United Kingdom, para. 40).

¹²⁶ Rec (83) 2

“Article 4

1. A decision for placement should be taken by a judicial or any other appropriate authority prescribed by law. In an emergency, a patient may be admitted and retained at once in an establishment on the decision of a doctor who should thereupon immediately inform the competent judicial or other authority which should make its decision. Any decision of the competent judicial or other authority mentioned in this paragraph should be taken on medical advice and under a simple and speedy procedure”.

¹²⁷ “5. The procedures for involuntary placement and treatment in cases of emergency

1. It would seem neither reasonable nor advisable, inter alia because of the immediate danger to the person concerned and/or others in an emergency situation – i.e. a situation in which an immediate danger to the person concerned and/or to others exist and where the opinion of a psychiatrist can not be obtained immediately- to always await the placement or treatment decision of the relevant independent authority. The Working Party has thus considered that, in an emergency situation, the involuntary placement and treatment can take place without the relevant independent authority having taken the decision but on the basis of a valid and reliable medical opinion following medical examination of the patient with a view to the placement and treatment. The Working Party nevertheless underlined that the emergency procedures should not be used with the aim to avoid applying normal procedures.

2. In these circumstances, the relevant independent authority should take a documented and formal decision on the involuntary placement and treatment as soon as possible, on the basis of a valid and reliable psychiatric opinion, after seeking the opinion of the person concerned. It also seemed advisable to consider that, when taking its decision, the relevant authority should again also bear in mind the other possibilities offered by the community (day hospitalisation, effective psychosocial treatments, social welfare assistance, etc.), having regard to any change in the patient's state of health following the placement”.

WP-CDBI'2000¹²⁸. En la práctica no es infrecuente acudir al procedimiento de urgencia a fin de evitar el más riguroso procedimiento ordinario.

- No existe en la Rec (2004) 10 una concreción de qué ha de entenderse por supuestos de urgencia. El WP-CDBI'2000 concretó más este aspecto¹²⁹. Y la Rec (83) 2 en su Memorandum Explicativo también alude a la cuestión¹³⁰.
- El problema principal en los internamientos de urgencia es un problema de garantías. Precisamente por ello el WP-CDBI'2000 se interrogaba, al tratar esta cuestión: “Are there any other necessary safeguards relating to emergency situations?”.
- Otras cuestiones básicas (documentación del ingreso, período de revisión y garantías procesales en general serán objeto de atención en otros apartados de este informe).

2.2.3.2.3.- Ingreso para evaluación.

La Rec (2004) 10 establece en su art. 17.2:

“Artículo 17. Criterios para el internamiento involuntario.

2. La ley puede prever que, excepcionalmente, una persona sea objeto de internamiento involuntario, conforme a las disposiciones del presente Capítulo, durante el tiempo mínimo necesario para determinar si está aquejada de un trastorno mental que representa un riesgo real de daño grave para su salud o para un tercero, si

- i. su comportamiento sugiere fundadamente la existencia de tal trastorno;
- ii. su estado permite suponer tal riesgo;
- iii. no existe otro medio menos restrictivo para evaluar su estado;
- iv. la opinión de la persona concernida ha sido tenida en consideración”.

No todos los países de Europa tienen reconocido en sus ordenamientos nacionales la posibilidad de ingreso involuntario para evaluación, por lo cual la oportunidad de este precepto parece razonable, ya que en la práctica se utilizan los procedimientos ordinario y de urgencia para este fin.

Sigue vigente la pregunta que se hacía el WP-CDBI'2000:

“Should the grounds for detention for assessment in the absence of definite signs of a mental disorder be defined? If so, how?”

¹²⁸ “5. The procedures for involuntary placement and treatment in cases of emergency

1. ...The Working Party nevertheless underlined that the emergency procedures should not be used with the aim to avoid applying normal procedures”.

¹²⁹ “5. The procedures for involuntary placement and treatment in cases of emergency

1. It would seem neither reasonable nor advisable, inter alia because of the immediate danger to the person concerned and/or others in an emergency situation – i.e. a situation in which an immediate danger to the person concerned and/or to others exist and where the opinion of a psychiatrist can not be obtained immediately- to always await the placement or treatment decision of the relevant independent authority”.

¹³⁰ EXPLANATORY MEMORANDUM

“20. ... There is an emergency when the mental disorder of the patient requires immediate admission to an establishment and it is not possible to obtain a previous decision by the competent authority”.

2.2.3.3.- Comunicaciones e información derivada del internamiento.

El ingreso involuntario requiere un conjunto de comunicaciones e informaciones (paciente, familia, representantes, autoridades,...). Los destinatarios y el contenido de las mismas son los siguientes:

- a) Propio paciente. Cualquier privación de libertad (el ingreso psiquiátrico involuntario lo es) requiere que el propio paciente sea informado de las razones de la misma, tal como consagra la ECHR'50¹³¹. En igual sentido se pronuncian los UNPMI'91¹³². Esta cuestión está reflejada en la Rec (2004) 10, cuando en su art. 20.1.i alude a la necesidad de “tener en consideración la opinión de la persona concernida”¹³³, lo que requiere inevitablemente la previa información. La información ordinariamente se hará en persona, si bien en alguna ocasión la ECHR ha admitido la comunicación telefónica (a un evadido de un psiquiátrico se le comunicó así la decisión de prorrogar su internamiento)¹³⁴. Y por supuesto, la comunicación también ha de efectuarse cuando, siendo el ingreso inicialmente voluntario, se convierte en involuntario o se adoptan medidas coercitivas (aislamiento o contención mecánica)¹³⁵.
- b) Representantes. Dispone el art. 20.6 Rec (2004) 10: “Todo representante de la persona concernida deberá ser informado y consultado”.
- c) Familiares y allegados. El art. 20.5 Rec (2004) 10 señala: “El médico o instancia competente debe consultar a los allegados de la persona concernida, salvo que esta se opusiera, si no pudiera llevarse tal consulta a efecto por razones prácticas o si, por otras razones, tal consulta no es apropiada”.
- d) Autoridades. Todo ingreso involuntario ha de participarse al “tribunal u órgano competente”, que es quien ha de adoptar la decisión (autorización) para que pueda llevarse a cabo. Y dicho “tribunal u órgano competente” ha de verificar que se ha consultado a la persona concernida por el ingreso involuntario, como señala el art. 20.2 Rec (2004) 10:

“La decisión de someter a una persona a tratamiento involuntario debe ser adoptada por un tribunal u otra instancia competente. Dicho tribunal o instancia deberá:

¹³¹ “Toda persona detenida preventivamente debe ser informada, en el más breve plazo y en una lengua que comprenda, de los motivos de su detención y de cualquier acusación formulada contra ella”.

¹³² “Principio 16. Admisión involuntaria

2. ... Los motivos para la admisión o retención se comunicarán sin demora al paciente y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicarán también sin tardanza y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso, y, salvo que el paciente se oponga a ello, a sus familiares”.

¹³³ En el mismo sentido, art. 17.1.V Rec (2004) 10: “la opinión de la persona concernida ha sido tenida en consideración”

¹³⁴ Keus v. The Netherlands, par. 22.

¹³⁵ Van der Leer v. The Netherlands, par. 30-31.

- i. tener en consideración la opinión de la persona concernida;
- ii. adoptar la decisión de acuerdo a los procedimientos legalmente previstos, sobre la base de que la persona ha sido vista y consultada.

También ha de comunicarse a la autoridad competente el fallecimiento de las personas que han ingresado involuntariamente, debiéndose realizar una investigación independiente acerca de las circunstancias del fallecimiento. Tal prescripción figuraba en el WP-CDBI'2000¹³⁶, sin embargo, no se incluyó en la Rec (2004) 10.

2.2.4.- Garantías del procedimiento.

Tanto la Rec (2004) 10, como anteriores Recomendaciones del Consejo de Europa y organismos creados en su seno e igualmente otras Declaraciones internacionales establecen un amplio conjunto de garantías para el paciente ingresado involuntariamente. Todas ellas, en el ámbito europeo, deben ser relacionadas con las, a su vez establecidas en la ECHR'50, muy en particular en su art. 5¹³⁷.

2.2.4.1.- Derecho a que la legalidad de la medida o su prolongación sea revisada por un tribunal a intervalos razonables.

2.2.4.1.1.- Legalidad de la medida o prolongación de la misma.

La ECHR'50 consagra el derecho a que la privación de libertad tenga en lugar de forma legal:

“Artículo 5. 1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad salvo, en los casos siguientes y con arreglo al procedimiento establecido por la Ley;

e) Si se trata del internamiento, conforme a derecho, de una persona susceptible de propagar una enfermedad contagiosa, de un enajenado, de un alcohólico, de un toxicómano o de un vagabundo.

4. Toda persona privada de su libertad mediante detención preventiva o internamiento tendrá derecho a presentar un recurso ante un órgano judicial, a fin de que se pronuncie en breve plazo sobre la legalidad de su privación de libertad y ordene su puesta en libertad si fuera ilegal”.

La misma regla se contempla en la Rec (2004) 10:

¹³⁶ “15. The setting-up and monitoring of quality standards for the implementation of mental health legislation
2. Furthermore, the experts were of the opinion that arrangements for the setting-up and monitoring of quality standards should include:

b. notifying to the appropriate authority the death of persons subject to involuntary placement or treatment; ensuring that powers exist to order an investigation into the death of a patient and that an independent investigation of the local mental health services into the death of the person concerned has occurred”.

¹³⁷ Report by Mr. Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, on his visit to Estonia, 27th – 30th October 2003. Strasbourg, 12 February 2004. CommDH(2004)5, par. 43:

“43. Since the involuntary placement of a person in a psychiatric or therapeutic establishment involves a limitation to the right to liberty as guaranteed in Article 5 of the European Convention, and given the particular vulnerabilities to abuse of those with mental or intellectual disabilities, such placement must always be surrounded by the safeguards stipulated in that article”.

“Artículo 25. Reevaluación y recurso relativo a la legalidad del internamiento y/o tratamiento involuntario.

1. Los Estados miembros deberán asegurar que las personas que sean sometidas a un internamiento o tratamiento involuntario pueden ejercitar, de forma efectiva, su derecho:
 - ii. a obtener de un tribunal una revisión de la legalidad de la medida o de su prolongación, a intervalos razonables”.

La jurisprudencia de la ECHR es muy exhaustiva al tratar el tema de la legalidad de la detención:

- Afirmando que existe violación del art. 5.1 ECHR’50 cuando no se sigue el procedimiento prescrito por la ley (Rakevich v. Russia, par. 34; TAM v. Slovakia, par. 58-60). Y ha de ser precisamente la ley la que regule dicho procedimiento, no pudiendo invocarse doctrinas tradicionales que no tienen soporte legal (así la “doctrina de la necesidad” o del “mejor interés” en el “common-law”) (H.L. v. The United Kingdom, par. 124).
- La ley nacional ha de ser conforme a la Convención: “However, the domestic law must itself be in conformity with the Convention, including the general principles expressed or implied therein” (Winterwerp v. The Netherlands, par. 45).
- Existe una conexión entre el art. 5.1.e y 5.4 ECHR’50 (“the notion of ‘lawfulness’ should have the same significance in paragraphs 1 (e) and 4 in relation to the same deprivation of liberty) (H.L. v. The United Kingdom, par. 135; X v. The United Kingdom, par. 57¹³⁸).
- La “legalidad” tiene un doble contenido (formal y sustancial): “the term ‘lawful’ covers procedural as well as substantive rules” (Winterwerp v. The Netherlands, par. 39; Koendjibiharie v. The Netherlands, para. 27); Hercezegfalvy v. Austria, par. 63, Tkáčik v. Slovakia, par. 34).
- Un procedimiento de “habeas corpus” no cumple los requisitos del procedimiento legalmente establecido en el caso de internamientos psiquiátricos (X v. The United Kingdom, par. 58-59¹³⁹; H.L. v The United Kingdom, par. 139).

¹³⁸ “57. Although X had access to a court which ruled that his detention was “lawful” in terms of English law, this cannot of itself be decisive as to whether there was a sufficient review of “lawfulness” for the purposes of Article 5 par. 4 (art. 5-4). In paragraph 1 (e) of Article 5 (art. 5-1-e) as interpreted by the Court (see the above-mentioned Winterwerp judgment, pp. 17-18, par. 39, and paragraph 43 above), the Convention itself makes the “lawfulness” of the kind of deprivation of liberty undergone by X subject to certain requirements over and above conformity with domestic law. Article 5 (art. 5) must be read as a whole and there is no reason to suppose that in relation to one and the same deprivation of liberty the significance of “lawfulness” differs from paragraph 1 (e) (art. 5-1-e) to paragraph 4 (art. 5-4)”.

¹³⁹ “58. ... On the other hand, in the Court’s opinion, a judicial review as limited as that available in the habeas corpus procedure in the present case is not sufficient for a continuing confinement such as the one undergone by X. Article 5 par. 4 (art. 5-4), the Government are quite correct to affirm, does not embody a right to judicial control of such scope as to empower the court, on all aspects of the case, to substitute its own discretion for that of the decision-making authority. The review should, however, be wide enough to bear on those conditions which, according to the Convention, are essential for the “lawful” detention of a person on the ground of unsoundness of mind, especially as the reasons capable of initially justifying such a detention may cease to exist (see paragraphs 40 and 52 above). This means that in the instant case, Article 5 par. 4 (art. 5-4) required an appropriate procedure allowing a court to examine whether the patient’s disorder still persisted and whether the Home Secretary was entitled to think that a continuation of the compulsory confinement was necessary in the

2.2.4.1.2.- Verificación de la legalidad por un tribunal u órgano no judicial independiente e imparcial.

La Rec (2004) 10 diferencia claramente entre “la decisión de someter a una persona a internamiento involuntario” (art. 20.1) y la verificación de la legalidad de la decisión. La primera corresponde a “un tribunal u otro órgano competente”. La segunda, necesariamente ha de ser adoptada por un órgano judicial (juez o tribunal). La justificación de esta distinción se encuentra en que algunos países del Consejo de Europa tiene atribuida la decisión del internamiento involuntario un órgano no judicial.

Los CPT Standards (2006)¹⁴⁰ reiteran la necesidad de que la decisión sea adoptada por un juez o, en el caso de que haya sido adoptada por una autoridad no judicial, la revisión de la legalidad de la privación de libertad sea rápidamente revisada por un órgano de tal carácter. Un órgano de naturaleza judicial ha de ser, por tanto, quien revise la legalidad de la privación de libertad. Es más, la ECHR’50, en su art. 5.4 habla de “tribunal” y no de otro tipo de órgano. Es preciso tener en cuenta también las prescripciones contenidas en el art. 6.1 ECHR’50¹⁴¹.

En el mismo sentido se ha pronunciado reiteradamente la ECHR¹⁴². Sin embargo, existen legislaciones que atribuyen competencias a la autoridad administrativa que no debieran admitirse¹⁴³. Este tema es relevante ya que, como señala la ECHR “In order to constitute such a ‘court’, an authority must be independent from the executive and from the parties”¹⁴⁴.

interest of public safety (see, mutatis mutandis, the above-mentioned De Wilde, Ooms and Versyp judgment, pp. 43-44, par. 82-83)”.

¹⁴⁰ CPT Standards (Rev 2006). Extracto del 8º Informe General [CPT/Inf (98) 12], par. 52.

¹⁴¹ “Artículo 6. 1. Toda persona tiene derecho a que su causa sea oída equitativa, públicamente y dentro de un plazo razonable, por un Tribunal independiente e imparcial, establecido por la Ley, que decidirá los litigios sobre sus derechos y obligaciones de carácter civil o sobre el fundamento de cualquier acusación en materia penal dirigida contra ella. La sentencia debe ser pronunciada públicamente, pero el acceso a la Sala de Audiencia puede ser prohibido a la prensa y al público durante la totalidad o parte del proceso en interés de la moralidad, del orden público o de la seguridad nacional en una sociedad democrática, cuando los intereses de los menores o la protección de la vida privada de las partes en el proceso así lo exijan o en la medida considerada necesaria por el Tribunal, cuando en circunstancias especiales la publicidad pudiera ser perjudicial para los intereses de la justicia”.

¹⁴² Rakevich v. Russia, para. 46; Winterwerp v. The Netherlands, pars. 54, 56 y 67.

¹⁴³ Report by Mr. Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, on the effective respect for human rights in France. Following his visit from 5 to 21 September 2005. Strasbourg 15-February 2006. CommDH(2006)2, par. 373.

“373. Both compulsory placement and placement at the request of a third party amount to deprivation of freedom. As with every type of deprivation of freedom, it is my view that it may be ordered only by a court, and not by an administrative authority alone. Obviously, in emergencies, it is only natural for the administrative authority to take a provisional decision, but this cannot be formally confirmed until a court has approved it. Consideration should therefore be given to the possibility of involving courts automatically to confirm compulsory placements. This would provide additional guarantees for patients, remove some of the administrative burden from *préfets* and hospital directors, and reduce the tensions that exist, particularly in Montfavet, when patients are admitted involuntarily”.

¹⁴⁴ Varbanov v. Bulgaria, par. 58.

Es más estricto, por tanto, el marco normativo del Consejo de Europa que el que rige en el ámbito de Naciones Unidas¹⁴⁵, o incluso el que admiten algunas organizaciones profesionales¹⁴⁶.

Recientemente la Res. 1460 (2005) enfatiza el hecho de que ha de ser una autoridad judicial la que esté involucrada en la toma de decisiones (y la revisión de la legalidad lo es) sobre el internamiento involuntario. Señala:

“13. While, as provided for in Article 20 of Recommendation Rec(2004)10, every state may designate in its own legislation the authority responsible for determining involuntary admission to hospital (“a court or another competent body”), the Assembly considers it necessary to emphasise the advantage of the authority concerned being able to offer the best possible guarantees of its own independence and that any challenges to its decisions may be made under procedures which safeguard both the rights of the persons concerned and the proper conduct of proceedings relating to decisions on such admissions. The greatest safeguards in this respect seem to be afforded by the tendency to involve a civil court in such decisions”.

El resultado de la revisión de la legalidad del internamiento involuntario puede ser, bien la confirmación de la legalidad del mismo, bien la apreciación de que no exista tal legalidad. En este último caso, debe procederse a la liberación del paciente, tal como señala el art. 5.4 ECHR’50¹⁴⁷. Este aspecto no se menciona en las Recomendaciones sobre internamiento involuntario.

Finalmente indicar que el control sobre la legalidad de una privación de libertad surge en el momento inicial y se debe mantener mientras perdure tal privación¹⁴⁸.

2.2.4.1.3.- Revisión periódica por un tribunal

Todo paciente ingresado involuntariamente tiene derecho a que su situación sea revisada por un tribunal [art. 25.1.ii Rec (2004) 10]. Esta Recomendación habla de “tribunal” y no de un “órgano no judicial”, cuando sea refiere a esta periódica revisión.

¹⁴⁵ UNPMI’91:

“Principio 17

El órgano de revisión

1. El órgano de revisión será un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por la legislación nacional que actuará de conformidad con los procedimientos establecidos por la legislación nacional. Al formular sus decisiones contará con la asistencia de uno o más profesionales de salud mental calificados e independientes y tendrá presente su asesoramiento”.

¹⁴⁶ “WPA-RLSMI-Athens’89

The final decision to admit or detain a patient in a mental health facility as an involuntary patient shall be taken only by a court or a competent independent body prescribed by law and only after appropriate and proper hearing”.

¹⁴⁷ “Toda persona privada de su libertad mediante detención preventiva o internamiento tendrá derecho a presentar un recurso ante un órgano judicial, a fin de que se pronuncie en breve plazo sobre la legalidad de su privación de libertad y ordene su puesta en libertad si fuera ilegal”.

¹⁴⁸ Hutchison Reid v. The United Kingdom, par. 66; Kolanis v. The United Kingdom, par. 80..

2.2.4.1.4.- Reasonable intervals of the revision.

Según el art. 25.1.ii Rec (2004) 10 existe un derecho a la revisión de la situación de privación de libertad, en intervalos razonables. Es este un grave problema que ha tenido que analizar en numerosas ocasiones la ECHR (aplicando el art. 5.4 ECHR'50), apreciando en muchas de ellas el incumplimiento de la prescripción sobre la razonabilidad de los plazos¹⁴⁹.

2.2.4.2.- Derecho a una audiencia judicial.

Una de las principales garantías es el derecho de audiencia. La ECHR'50 consagra el principio de puesta a disposición judicial en su art. 5.3¹⁵⁰. Al derecho de audiencia aluden tanto la Rec (818) 77¹⁵¹ como la posterior Rec (83) 2¹⁵². El Memorandum Explicativo de esta última aclara qué ha de entenderse por tal derecho¹⁵³. Por su parte, el art. 20.2 de la Rec (2004) 10 establece:

¹⁴⁹ Hercegfalvy v. Austria, par. 74, 77-78; Hutchison Reid v. The United Kingdom, par. 79; Kolanis v. The United Kingdom, par. 81; Van der Leer v. The Netherlands, par. 36; Luberti v. Italy, par. 36-37; E. v. Norway, par. 63-67; Koendjibiharie v. The Netherlands, par. 29-30; Malgalhaes Pereira v. Portugal, par. 47-50; L.R. v. France, par. 38; TAM v. Slovakia, para. 68-69; Nouhaud and others v. France, par. 29-36; Lutz v. France (1), par. 15; Lutz v. France (2), par. 21-23.

¹⁵⁰ “Toda persona detenida preventivamente o internada en las condiciones previstas en el párrafo 1, c), del presente artículo deberá ser conducida sin dilación a presencia de un juez o de otra autoridad habilitada por la Ley para ejercer poderes judiciales, y tendrá derecho a ser juzgada en un plazo razonable o a ser puesta en libertad durante el procedimiento. La puesta en libertad puede ser condicionada a una garantía que asegure la comparecencia del interesado en juicio”.

¹⁵¹ “13. Recommends that the Committee of Ministers invite the governments of the member states:
iii. to ensure that court decisions are not taken on the basis of medical reports only, but that the mental patient, like any other person, is fully given the right to be heard, and that in cases where an offence is alleged a lawyer is also present throughout the proceedings;”.

¹⁵² “Article 4

3. The admission of a patient to an establishment for treatment at his own request does not fall within the field of application of these rules. However, these rules apply to cases where a patient who has originally been admitted at his own request is to be detained in an establishment in spite of his wish to be discharged”.

¹⁵³ “EXPLANATORY MEMORANDUM

III. Comments on the rules

25. The fourth safeguard is provided by paragraph 3 of Article 4 which applies also when the initial decision is taken by a judicial authority. This paragraph requires that whenever the patient's case, either at first instance or on appeal against a decision of a non-judicial body, is brought before a court or other competent body, the patient must have the opportunity to be heard.

26. The aim of this safeguard is to avoid a placement decision being taken solely on the basis of medical reports. Therefore the patient must have the opportunity of being heard personally by the judge. This opportunity must be "effective", that is to say it must not simply be laid down by law but all the measures (information etc.) must be taken so that the patient can be heard by the judge. Such a provision does not mean that the patient must be taken before a judge in all cases. It will be for the latter to decide, together with the doctor responsible, whether the patient should come to the judge or if the judge must go to him, unless national legislation lays down this last solution in all cases.

For example, if the judge, in spite of the wish expressed by the patient to be heard personally, should consider that the patient's state of health would not allow a hearing, he will have to take measures which allow a representative of the patient to express his point of view”.

“2. La decisión de someter a una persona a tratamiento involuntario debe ser adoptada por un tribunal u otra instancia competente. Dicho tribunal o instancia deberá:

- i. tener en consideración la opinión de la persona concernida;
- ii. adoptar la decisión de acuerdo a los procedimientos legalmente previstos, sobre la base de que la persona ha sido vista y consultada”.

Al derecho de audiencia se refieren algunos pronunciamientos de la ECHR¹⁵⁴ y algunas asociaciones profesionales internacionales¹⁵⁵. Sin embargo son sustancialmente más detalladas las prescripciones contenidas en los UNMPI’91, lo que tal vez justificaría una reflexión en el futuro en el ámbito del Consejo de Europa:

“Principio 18

Garantías procesales

5. El paciente y su representante personal y defensor tendrán derecho a asistir personalmente a la audiencia y a participar y ser oídos en ella.

6. Si el paciente o su representante personal o defensor solicitan la presencia de una determinada persona en la audiencia, se admitirá a esa persona a menos que se considere que su presencia perjudicará gravemente la salud del paciente o pondrá en peligro la seguridad de terceros.

7. En toda decisión relativa a si la audiencia o cualquier parte de ella será pública o privada y si podrá informarse públicamente de ella, se tendrán en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas y la necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o de no poner en peligro la seguridad de terceros.

8. La decisión adoptada en una audiencia y las razones de ella se expresarán por escrito. Se proporcionarán copias al paciente y a su representante personal y defensor. Al determinar si la decisión se publicará en todo o en parte, se tendrán en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas, el interés público en la administración abierta de la justicia y la necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente y de no poner en peligro la seguridad de terceros”.

Se ha detectado en alguna ocasión un incumplimiento del derecho a la audiencia, por falta de tiempo de la autoridad judicial. La audiencia ha de ser previa y no posterior a la decisión adoptada, señala algún Memorandum del Comisario para los Derechos Humanos¹⁵⁶.

2.2.4.3.- Derecho a elegir y nombrar un consejero y abogado.

La Rec (2004) 10 en diversos preceptos recoge el derecho a la asistencia por una persona de confianza o asesor legal:

“Artículo 22. Derecho a la información.

1. Las personas que sean objeto de un internamiento o tratamiento involuntario deben ser puntualmente informadas, verbalmente y por escrito, de sus derechos y posibles recursos.

¹⁵⁴ Van der Leer v. The Netherlands, par. 21-23.

¹⁵⁵ “WPA-RLSMI-Athens’89

The final decision to admit or detain a patient in a mental health facility as an involuntary patient shall be taken only by a court or a competent independent body prescribed by law and only after appropriate and proper hearing”.

¹⁵⁶ Memorandum to the Estonian Government Assessment of the progress made in implementing the 2004 recommendations of the Commissioner for Human rights of the Council of Europe. Strasbourg, le 11 juillet 2007. [CommDH\(2007\)12](#), para. 50.

2. Deberán ser informadas, asimismo, de modo regular y apropiado, de las razones que han motivado la decisión y de los criterios aplicados para una eventual prolongación o interrupción.
3. El representante de la persona concernida, en su caso, deberá igualmente recibir dichas informaciones”.

“Artículo 23. Derecho a comunicaciones y visitas de las personas internadas involuntariamente.

El derecho de una persona aquejada de trastorno mental objeto de internamiento involuntario:
i. a comunicar con su abogado, representante u otra autoridad apropiada no deberá ser restringido. Su derecho a comunicar con la persona de confianza por ella designada o con otras personas no debe ser limitada de modo irrazonable”.

“Artículo 25. Reevaluación y recurso relativo a la legalidad del internamiento y/o tratamiento involuntario.

3. Los Estados miembros deberán considerar la posibilidad de que la persona concernida esté asistida de un abogado en el curso de los procedimientos que se sigan ante el tribunal. Cuando la persona no pueda actuar por sí misma, deberá tener derecho a los servicios de un abogado y, conforme a la ley nacional, a asistencia jurídica gratuita. El abogado deberá tener acceso a toda la documentación obrante en poder del tribunal y tendrá derecho a impugnar las pruebas ante dicho tribunal”.

Posteriormente la Rec 1460 (2005) afirma:

“14. The Assembly also stresses that appeals by persons involuntarily undergoing treatment or placement should be regularly considered by courts which offer genuine guarantees of defence for these persons, including access to legal aid”.

Pudiera ser razonable en el futuro distinguir con claridad las funciones del representante, de la persona de confianza (designado para la protección del mejor interés del paciente) y del abogado. Ya que no siempre aparecen suficientemente explicitadas y, además, la nomenclatura es muy variada: “counsellor” [7.ii.e) Rec 1235 (1994)], “counsel” [3.c) Rec 93) 1], “representative” [20.6 and 25.5 Rec (2004) 10], “legal aid” [14 Rec 1460 (2005); 25.3 Rec (2004) 10], “legal assistance” (6.3.c) ECHR’50; *Megyeri v. Germany*, para. 23), “lawyer” (23.i) and 25.3 Rec (2004) 10; *Aerts v. Belgium*, para. 60), “advocate” [25.1.iii Rec and 25.5 (2004) 10].

En todo caso, la falta de medios económicos no puede ser un obstáculo para gozar de asesoramiento legal, tal como señala la Rec (93) 1¹⁵⁷ y anteriormente expresó el Principio 18.1 UNPMI’91¹⁵⁸.

¹⁵⁷ “3. Facilitate effective access to the courts for the very poor, especially by the following means:
a. extending legal aid or any other form of assistance to all judicial instances (civil, criminal, commercial, administrative, social, etc.) and to all proceedings, contentious or non-contentious, irrespective of the capacity in which the persons concerned act;
b. extending legal aid to very poor persons who are stateless or aliens, in any event where they are habitually resident in the territory of the member state in which the proceedings are to be conducted;
c. recognising the right to be assisted by an appropriate counsel, as far as possible of one's choice, who will receive adequate remuneration;
d. limiting the circumstances in which legal aid may be refused by the competent authorities chiefly to those cases in which the grounds for refusal are inadmissibility, manifestly insufficient prospects of success, or cases in which the granting of legal aid is not necessary in the interests of justice;

2.2.4.4.- Derecho a la asistencia de un intérprete.

Los UNPMI'91 aluden al derecho de un intérprete, cuando fuera necesario:

“Principio 18. Garantías procesales

2. Si es necesario, el paciente tendrá derecho a la asistencia de un intérprete. Cuando tales servicios sean necesarios y el paciente no los obtenga, se le facilitarán sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar”.

Lo cual está en consonancia con lo establecido en el art. 5.2 ECHR'50:

“Toda persona detenida preventivamente debe ser informada, en el más breve plazo y en una lengua que comprenda, de los motivos de su detención y de cualquier acusación formulada contra ella”.

E igualmente con el art. 6.3.e) ECHR'50:

“3. Todo acusado tiene, como mínimo, los siguientes derechos:

e) a ser asistido gratuitamente de un intérprete, si no comprende o no habla la lengua empleada en la Audiencia”.

Es verdad que la Rec (2004) 10, alude a la necesidad de informar al paciente sobre el ejercicio de sus derechos¹⁵⁹, aunque pudiera ser oportuno insistir en el derecho a un intérprete en el procedimiento sobre autorización del internamiento involuntario.

2.2.4.5.- Derecho a los medios de prueba.

El derecho a disponer de todos los medios necesarios de prueba aparece reconocido en el art. 25 Rec (2004) 10 en los siguientes términos:

“Artículo 25. Reevaluación y recurso relativo a la legalidad del internamiento y/o tratamiento involuntario.

e. simplifying the procedure for granting legal aid to the very poor, and considering the immediate granting of provisional legal aid wherever possible;”.

¹⁵⁸ “Principio 18. Garantías procesales

1. El paciente tendrá derecho a designar a un defensor para que lo represente en su calidad de paciente, incluso para que lo represente en todo procedimiento de queja o apelación. Si el paciente no obtiene esos servicios, se pondrá a su disposición un defensor sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar”.

¹⁵⁹ “Artículo 6. Información y asistencia sobre los derechos de los pacientes.

Las personas tratadas o internadas por razón de trastornos mentales deben ser informadas individualmente de sus derechos en tanto que pacientes y tener acceso a una persona o instancia competente, independiente del servicio de salud mental, habilitada para asistirles, si fuera necesario, en la comprensión y ejercicio de sus derechos”.

“Artículo 22. Derecho a la información.

1. Las personas que sean objeto de un internamiento o tratamiento involuntario deben ser puntualmente informadas, verbalmente y por escrito, de sus derechos y posibles recursos.

2. Deberán ser informadas, asimismo, de modo regular y apropiado, de las razones que han motivado la decisión y de los criterios aplicados para una eventual prolongación o interrupción.

3. El representante de la persona concernida, en su caso, deberá igualmente recibir dichas informaciones”.

4. Si la persona tiene un representante, éste deberá tener acceso a toda la documentación obrante en poder del tribunal y tendrá derecho a impugnar las pruebas ante el mismo.

5. La persona concernida deberá tener acceso a toda la documentación obrante en poder del tribunal, a reserva del respeto a la protección de la confidencialidad y seguridad de un tercero, conforme a la ley nacional. Si la persona no tuviera representante, deberá poder beneficiarse de la asistencia de persona de confianza en todos los procedimientos que se sigan ante el tribunal”.

El derecho a solicitar un dictamen independiente sobre la salud mental del paciente está reconocido en el Principio 18.3 UNPMI’91¹⁶⁰. Sin embargo, un derecho tan explícito no aparece en las Recomendaciones del Consejo de Europa. Pudiera pensarse en su inclusión en un futuro instrumento de referencia en salud mental europeo.

2.2.4.6.- Derecho a recurso judicial.

El derecho a recurrir la decisión del internamiento o la continuación del mismo goza de un amplio respaldo, a nivel general (UNPMI’91, Principio 17.7 y WPA-RLSMI-Athens’89) y en el seno del Consejo de Europa. La Rec 1235 (1994) afirmó:

“7. The Assembly therefore invites the Committee of Ministers to adopt a new recommendation based on the following rules:

i. Admission procedure and conditions:

c. there must be legal provision for an appeal to be lodged against the decision;”

Posteriormente la Rec (2004) 10 ha declarado:

“Artículo 25. Reevaluación y recurso relativo a la legalidad del internamiento y/o tratamiento involuntario.

1. Los Estados miembros deberán asegurar que las personas que sean sometidas a un internamiento o tratamiento involuntario pueden ejercitar, de forma efectiva, su derecho:

i. a recurrir contra la decisión;

7. Debe preverse la apelación de la decisión del tribunal”.

La apelación ha de ser resuelta por un tribunal. Así lo señalaba la Rec (83) 2, para cuando la decisión de ingreso fuera encomendada a un “órgano no judicial”¹⁶¹, y así lo reitera el citado art. 25.7 Rec (2004) 10. La Res. 1460 (2005), también es tajante al respecto y explica las razones de esta opción por atribuir a un órgano judicial la competencia para resolver sobre el internamiento involuntario y, con mayor razón la decisión sobre las apelaciones (Sec. 13).

¹⁶⁰ “El paciente y su defensor podrán solicitar y presentar en cualquier audiencia un dictamen independiente sobre su salud mental y cualesquiera otros informes y pruebas orales, escritas y de otra índole que sean pertinentes y admisibles”.

¹⁶¹ “Article 4.2. Where a decision for placement is taken by a non-judicial body or person, that body or person should be different from that which originally requested or recommended placement. The patient should immediately be informed of his rights and should have the right of appeal to a court which should decide under a simple and speedy procedure.

Moreover, a person whose duty it is to assist the patient to decide whether to appeal should be designated by an appropriate authority, without prejudice to the right of appeal of any other interested person”.

En el ámbito de Naciones Unidas asimismo se encomienda a un órgano de naturaleza judicial la resolución de la apelación contra la decisión de que un paciente sea admitido o retenido en una institución. Así se indica en el Principio 17 UNPMI'91:

“Principio 17. El órgano de revisión

7. El paciente o su representante personal o cualquier persona interesada tendrá derecho a apelar ante un tribunal superior de la decisión de admitir al paciente o de retenerlo en una institución psiquiátrica”.

La decisión de la apelación ha de adoptarse “sin dilación” [art. 25.6 Rec (2004) 10].

2.2.4.7.- Derecho a reparación por el internamiento indebido.

El art. 5.5 ECHR'50 afirma:

“Toda persona víctima de una detención preventiva o de un internamiento en condiciones contrarias a las disposiciones de este artículo tendrá derecho a una reparación”.

En varias ocasiones la ECHR ha hallado vulneración de este precepto con motivo de internamientos psiquiátricos¹⁶², por lo que en el futuro podría considerarse la conveniencia de hacer alusión a este derecho.

¹⁶² Wassink v The Netherlands:

“38. In the Court's view, paragraph 5 of Article 5 (art. 5-5) is complied with where it is possible to apply for compensation in respect of a deprivation of liberty effected in conditions contrary to paragraphs 1, 2, 3 or 4 (art. 5-1, art. 5-2, art. 5-3, art. 5-4). It does not prohibit the Contracting States from making the award of compensation dependent upon the ability of the person concerned to show damage resulting from the breach. In the context of Article 5 § 5 (art. 5-5), as for that of Article 25 (art. 25) (see, inter alia, the Huvig judgment of 24 April 1990, Series A no. 176-B, pp. 56-57, § 35), the status of "victim" may exist even where there is no damage, but there can be no question of "compensation" where there is no pecuniary or non-pecuniary damage to compensate.

More generally, the evidence provided to the Court does not lead to the conclusion that an action based on Article 1401 of the Netherlands Civil Code would have failed to satisfy the requirements of Article 5 § 5 (art. 5-5) of the Convention. This finding is without prejudice to the Court's competence under Article 50 (art. 50) in the matter of awarding compensation by way of just satisfaction (see the Brogan and Others judgment of 29 November 1988, Series A no. 145-B, p. 35, § 67)”.

Kolanis v The United Kingdom:

“83. The applicant submitted that the domestic courts had held that a patient in her position was not entitled to compensation from the MHRT, the detaining health authority or the authority responsible for providing services necessary for fulfilment of the conditions on the patient's discharge. Nor was the Human Rights Act 1998 in force at the relevant time.

85. In light of its finding above of a breach of Article 5 § 4, and noting the Government's concession, the Court finds that there has been a violation of Article 5 § 5 in the present case”.

R.L. and M.-J.D. v France:

“134. La Cour rappelle que le paragraphe 5 de l'article 5 se trouve respecté dès lors que l'on peut demander réparation du chef d'une privation de liberté opérée dans des conditions contraires aux paragraphes 1 à 4 (*Wassink c. Pays-Bas*, arrêt du 27 septembre 1990, série A n° 185-A, p. 14, § 38, et *Tsirlis et Kouloumpas c. Grèce*, arrêt du 29 mai 1997, *Recueil* 1997-III, p. 925, § 5). Le droit à réparation énoncé au paragraphe 5 suppose donc qu'une violation de l'un de ces autres paragraphes ait été établie par une autorité nationale ou par les institutions de la Convention. Compte tenu de la conclusion à laquelle la Cour a abouti aux paragraphes 92 et 127 ci-dessus, l'article 5 § 5 est applicable en l'occurrence (*Pantea c. Roumanie*, n° 33343/96, § 262, CEDH 2003-VI).

135. Quant aux recours à exercer, la Cour constate que le requérant a déposé le 18 octobre 1993 une plainte avec constitution de partie civile notamment pour « arrestation et séquestration illégales ou arbitraires et atteinte aux libertés ».

2.2.5.- Estándares de la institución.

2.2.5.1.- Registro de instituciones.

El art. 9.2 Rec (2004) 10 señala:

“Artículo 9. Entorno y condiciones de vida.

2. Los establecimientos destinados al internamiento involuntario de personas aquejadas de trastornos mentales deben ser registrados ante la autoridad pertinente”.

Este requisito ya se encontraba recogido en la Sec. 15.2 WP-CDBI’2000 y en el Principio 16.3 UNPMI’91.

2.2.5.2.- Ambiente y condiciones de vida de las instituciones psiquiátricas.

El art. 9.1 Rec (2004) 10 señala:

“Artículo 9. Entorno y condiciones de vida.

1. Los establecimientos destinados al internamiento de personas aquejadas de trastornos mentales deben asegurar a dichas personas, a la vista de su estado de salud y de las exigencias derivadas de la seguridad de terceros, un entorno y unas condiciones de vida lo más semejantes posibles a aquellas que disfrutaban en la sociedad personas de edad, sexo y cultura similar. Deben ser igualmente provistas las medidas de rehabilitación profesional para la reinserción de estas personas”.

Este artículo tiene su precedente en el art. 5.1 Rec (83) 2¹⁶³. Sin embargo, la Rec (2004) 10 introduce una mejora. Mientras que la Rec (83) 2 aludía a la equiparación de condiciones con otro tipo de pacientes, la Rec (2004) 10 menciona la equiparación con las condiciones de vida en comunidad. Se equipara así la Rec (2004) 10 al Principio 13.2 UNPMI’91¹⁶⁴.

Le 22 mai 1996, le juge d’instruction rendit une ordonnance de non-lieu et par un arrêt du 22 janvier 1997, la chambre d’accusation considéra qu’aucun acte arbitraire et attentatoire à la liberté individuelle du requérant n’avait été commis.

136. La Cour rappelle que l’obligation d’épuiser les voies de recours internes se limite à celle de faire un usage normal de recours vraisemblablement efficaces, suffisants et accessibles (*Buscarini et autres c. Saint Marin* [GC] n° 24645/94, CEDH 1999-1, et *Assenov et autres c. Bulgarie*, arrêt du 28 octobre 1998, *Recueil* 1998-VIII) et que le recours doit être capable de porter directement remède à la situation litigieuse (*Durrand c. France*, n° 36153/97, décision de la Commission du 20 mai 1998, DR 93-A, p. 104, et *Kustannus Oy Vapaa Ajatellija AB et autres c. Finlande*, n° 20471/92, décision de la Commission du 15 avril 1996, DR 85, p. 29).

137. Etant donné que le requérant a utilisé un remède dont il disposait et qu’il n’a pas obtenu gain de cause, on ne saurait lui reprocher de ne pas avoir utilisé des voies de droit qui eussent visé pour l’essentiel le même but et, au demeurant, n’auraient pas offert de meilleures chances de succès (voir notamment, *mutatis mutandis*, *A. c. France*, arrêt du 23 novembre 1993, série A n° 277-B, p. 48, § 32, *De Moor c. Belgique*, arrêt du 23 juin 1994, série A n° 292-A, et *Pezone c. Italie*, n° 42098/98, § 46, 18 décembre 2003).

138. A la lumière de ces considérations, il y a eu violation de l’article 5 § 5 de la Convention”.

¹⁶³ “Article 5

1. A patient put under placement has a right to be treated under the same ethical and scientific conditions as any other sick person and under comparable environmental conditions. In particular, he has the right to receive appropriate treatment and care”.

¹⁶⁴ “Principio 13. Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas

Los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 8º Informe General (CPT/Inf (98) 12, par. 25) recuerdan que el conjunto de criterios establecidos para los servicios de salud en prisión [3rd General Report (cf. CPT/Inf (93) 12, pars. 30 a 77)] “son igualmente aplicables al internamiento involuntarios en establecimientos psiquiátricos”. Dichos criterios son: “acceso a un médico, equivalencia de cuidados, consentimiento del paciente y confidencialidad, atención preventiva, independencia profesional y competencia profesional”. Además de ello, los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 8º Informe General (CPT/Inf (98) 12 señalan los siguientes¹⁶⁵:

- Dimensiones de las instituciones psiquiátricas: “Actualmente está muy aceptado que los grandes establecimientos psiquiátricos suponen un riesgo significativo de institucionalización tanto para los pacientes como para el personal, tanto más si están situados en poblaciones aisladas. Ello puede dar como resultado un efecto perjudicial en el tratamiento del paciente. Los programas de atención que se sirven de una completa gama de tratamiento psiquiátrico son mucho más fáciles de implementar en unidades pequeñas situadas cerca de los principales centros urbanos” (par. 58).
- Entorno terapéutico: “El objetivo debería ser ofrecer unas condiciones materiales enfocadas al tratamiento y bienestar de los pacientes; en términos psiquiátricos, un ambiente terapéutico positivo” (par. 32).
- Condiciones materiales:
 - o “Estas necesidades incluyen una alimentación adecuada, calefacción y ropa así como – en centros de salud – una medicación adecuada” (par. 33).
 - o “Crear un ambiente terapéutico positivo implica, en primer lugar, proporcionar el suficiente espacio a cada paciente así como una iluminación adecuada, calefacción y ventilación y el mantenimiento del establecimiento en unas condiciones satisfactorias que cumplan los requisitos de higiene del hospital. Se debería prestar especial atención a la decoración de las salas de los pacientes y las zonas de recreo, con el fin de

2. El medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar...”.

¹⁶⁵ Hay que tener en cuenta que numerosos informes del Comisario para los Derechos Humanos aluden a las condiciones de las instituciones psiquiátricas: Report by Mr. Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, on his visit to Bulgaria, 17-20 December 2001; Follow Up Report on Bulgaria (2001-2005). Assessment of the progress made in implementing the recommendations of the Council of Europe Commissioner for Human Rights; Follow Up Report on Romania (2002-2005). Assessment of the progress made in implementing the recommendations of the Council of Europe Commissioner for Human Rights. Strasbourg, 29 March 2006. CommDH(2006)7; Report by Mr. Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, on his visit to Estonia 27th – 30th OCTOBER 2003. Strasbourg, 12 February 2004. CommDH(2004)5; Report by Mr. Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, on his visit to Latvia 5 - 8 October 2003, Strasbourg, 12 February 2004, CommDH(2004)3; Report by Mr. Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, on his visit to Slovenia 11 – 14 May 2003.

proporcionar a los pacientes un estímulo visual. El suministro de mesitas de noche y armarios es altamente recomendable y se les debería permitir a los pacientes conservar determinadas pertenencias personales (fotografías, libros, etc.). También se subraya la importancia de proporcionar a los pacientes un espacio de uso personal con llave en el que puedan guardar sus pertenencias; la falta de dicho espacio puede minar el sentido de seguridad y autonomía del paciente” (par 34).

- “Los servicios deberían dar a los pacientes cierta privacidad. Además, las necesidades de los ancianos y/o pacientes discapacitados a este respecto deberían ser consideradas de forma especial; por ejemplo, los aseos que tengan un diseño que no permita al usuario sentarse no son adecuados para dichos pacientes. De forma análoga, debe haber disponible un equipo hospitalario básico que permita al personal facilitar una asistencia adecuada (incluyendo la higiene personal a los pacientes que estén postrados en la cama); la falta de dicho equipo puede conducir a condiciones miserables” (par. 34).
- “Se debería también tener en cuenta que la práctica observada en algunos establecimientos psiquiátricos, de vestir siempre a los pacientes con pijamas / batas no conduce precisamente a un reforzamiento de la identidad personal y de la autoestima; la individualización de la ropa debería formar parte del proceso terapéutico” (par. 34).
- “La alimentación de los pacientes es otro aspecto de sus condiciones de vida que preocupa particularmente al CPT. La comida no debería ser sólo adecuada desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo, sino que también debería ser suministrada a los pacientes en condiciones satisfactorias. Debería haber el equipo necesario que permitiese que los alimentos fuesen servidos a la temperatura correcta. Además, los preparativos de la comida deberían ser decentes; a este respecto se debería subrayar que permitir a los pacientes realizar los actos de la vida diaria – como comer con los cubiertos adecuados mientras están sentados a la mesa – representa una parte integral de los programas de rehabilitación psicosocial de los pacientes. De la misma forma, la presentación de los alimentos es un factor que no deberían pasar por alto. Las necesidades particulares de las personas discapacitadas, en relación a los preparativos del catering también deberían ser tenidas en cuenta” (par. 36).

- Personal:

- En general: “Los recursos del personal deberían ser los adecuados en términos de número, categoría (psiquiatras, médicos de cabecera, enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc.), experiencia y formación. Las deficiencias de personal minarán generalmente de forma seria los intentos de ofrecer actividades del tipo descrito en el párrafo 37; además pueden conducir a situaciones de alto

riesgo para los pacientes, a pesar de las buenas intenciones y los esfuerzos auténticos del personal que esté en servicio” (par. 42).

- Personal cualificado: “En algunos países, el CPT se ha visto particularmente sorprendido por el escaso número de enfermeras psiquiátricas cualificadas existente entre el personal sanitario de los establecimientos psiquiátricos y por la falta de personal cualificado para realizar actividades de terapia social (en particular, terapeutas ocupacionales). El desarrollo de la formación sanitaria psiquiátrica especializada y un mayor énfasis en la terapia social tendrán un impacto considerable en la calidad de la asistencia. En particular, conducirá a un medio terapéutico menos centrado en los tratamientos físicos y basados en medicamentos” (par. 43).
 - Personal auxiliar: “La información a disposición del CPT sugiere que, cuando se produce un maltrato deliberado por parte del personal en los establecimientos psiquiátricos, es el personal auxiliar, más que el personal médico o de enfermería cualificado, el culpable. Teniendo en cuenta el reto que supone su trabajo, es de crucial importancia que el personal auxiliar sea cuidadosamente seleccionado y que reciba tanto una formación adecuada antes de hacerse cargo de sus obligaciones como cursos de prácticas. Además, durante la ejecución de sus tareas, deberán ser estrechamente supervisados –y estar sujetos a su autoridad – por personal de asistencia sanitaria cualificado” (par. 28).
 - Pacientes empleados como personal auxiliar: “En algunos países, el CPT se ha encontrado con determinados pacientes, o presos de los establecimientos penitenciarios colindantes, empleados como personal auxiliar en las instalaciones psiquiátricas. El Comité tiene serios recelos sobre este planteamiento y sólo lo aceptaría como último recurso. Si dichos nombramientos son inevitables, las actividades de las personas concernidas deberán ser supervisadas de una forma continua por personal de asistencia sanitaria cualificado” (par. 29).
- Principio de equivalencia de cuidados: “teniendo en cuenta el principio de igualdad en la asistencia, el tratamiento médico y el cuidado sanitario recibido por las personas que han sido ingresadas involuntariamente en un establecimiento psiquiátrico debería ser comparable al que disfrutaban los pacientes psiquiátricos voluntarios” (par. 32). El Principio 14.1 UNPMI también alude al tema¹⁶⁶.

¹⁶⁶ “Principio 14. Recursos de que deben disponer las instituciones psiquiátricas

1. Las instituciones psiquiátricas dispondrán de los mismos recursos que cualquier otro establecimiento sanitario y, en particular, de:

a) Personal médico y otros profesionales calificados en número suficiente y locales suficientes, para proporcionar al paciente la intimidad necesaria y un programa de terapia apropiada y activa;

b) Equipo de diagnóstico y terapéutico para los pacientes;

c) Atención profesional adecuada;

d) Tratamiento adecuado, regular y completo, incluido el suministro de medicamentos”.

- Régimen de vida: “el CPT promueve el planteamiento, cada vez más adoptado, de permitir a los pacientes tener acceso a sus dormitorios durante el día, en vez de obligarlos a permanecer juntos reunidos con otros pacientes en zonas comunes” (par. 36).

En materia de condiciones pudiera tenerse a la vista el Principio 13.2 UNPMI’91:

“Principio 13. Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas

2. El medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular:

- a) Instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento;
- b) Instalaciones educativas;
- c) Instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación;
- d) Instalaciones, y el estímulo correspondiente para utilizarlas, que permitan a los pacientes emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales y que permitan aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad. Tales medidas comprenderán servicios de orientación vocacional, capacitación vocacional y colocación laboral que permitan a los pacientes obtener o mantener un empleo en la comunidad”.

2.2.5.3.- Derecho a comunicaciones y visitas.

Este derecho aparece regulado en la Rec (2004) en los siguientes términos:

“Artículo 23. Derecho a comunicaciones y visitas de las personas internadas involuntariamente.

El derecho de una persona aquejada de trastorno mental objeto de internamiento involuntario:

- i. a comunicar con su abogado, representante u otra autoridad apropiada no deberá ser restringido. Su derecho a comunicar con la persona de confianza por ella designada o con otras personas no debe ser limitada de modo irrazonable.
- ii. de recibir visitas no debe ser limitado de modo irrazonable, teniendo en cuenta la necesidad de proteger a personas vulnerables y menores residentes o visitantes de un establecimiento psiquiátrico”.

El derecho a comunicaciones y visitas incluye:

- a) *A comunicar con sus abogados.* Este derecho ya estaba recogido en idénticos términos en la Rec (83) 2 (art. 6.a), considerándose que no puede estar sometido a restricciones (WP-CDBI’2000, 11.8).

La privacidad de la comunicación con el abogado tal vez debiera contemplarse en el futuro. Así, los CPT Standards (Rev 2006). Extracto del 8º Informe General, CPT/Inf (98) 12, par. 54, señalan: “Se debería garantizar además el acceso confidencial a un abogado”. Y el Principio 13.1.c UNPMI’91 prescribe: “Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su... libertad de recibir, en privado, visitas de un asesor o representante personal”.

- b) *A comunicar con sus representantes.* Este derecho aparece reconocido en el art. 23.i Rec (2004) 10. This right “cannot be restricted” (WP-CDBI’2000, 11.8). Tal vez debiera contemplarse en el futuro la garantía de privacidad, como afirma el Principio 13.1.c UNPMI’91: “Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a

ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su... libertad de recibir, en privado, visitas de un asesor o representante personal”.

c) *A comunicar con la autoridad apropiada*. Este derecho ya aparecía reconocido en el art. 6.a Rec (83) 2. También a él alude el WP-CDBI'2000 (Sec. 11.8)¹⁶⁷. En parecidos términos se expresa el art. 23.i Rec (2004) 10.

Qué es una “autoridad apropiada” lo explica el Memorandum Explicativo de la Rec (83) 2 (apartado III.5):

“The expression "appropriate authority" was used in order to cover a number of authorities with which the patient might wish to correspond in order to have his situation reviewed, for example a health authority or other authority supervising hospitals, a court or the European Commission of Human Rights in the case of states which, under Article 25 of the European Convention on Human Rights, recognise the right of individual petition”.

d) *A recibir asistencia espiritual*. Esta forma específica de comunicación no aparece explícitamente reconocida en la Rec (2004) 10. Sin embargo el WHOAmsterdam'94 sí menciona este derecho:

“5.9. Patients have the right to enjoy support from family, relatives and friends during the course of care and treatment and to receive spiritual support and guidance at all times”.

e) *A recibir visitas*. Los CPT Standards (Rev 2006). Extracto del 8º Informe General, CPT/Inf (98) 12, par. 54, afirman: “Los pacientes deberían poder... recibir visitas de sus familiares y amigos”.

Sobre esta materia el WP.CDBI'2000 (Sec. 11.12) señala:

“Lastly, the Working Party was of the opinion that the freedom of the persons suffering from mental disorder and placed as involuntary patients in a psychiatric establishment to receive visits should not be unreasonably restricted. However, due consideration should be taken of the protection of vulnerable patients or minors placed in or visiting a psychiatric establishment who might be exploited during visits and of the existence of limited visiting rights for certain patients and in certain care facilities. It was felt that the freedom of the patient to communicate with visitors should be exercised in keeping with the house rules of the establishment concerned and that in this respect no distinction should be made between psychiatric establishments and other hospital establishments”.

La Rec (2004) 10 se expresa en otros términos:

“Artículo 23. Derecho a comunicaciones y visitas de las personas internadas involuntariamente.

El derecho de una persona aquejada de trastorno mental objeto de internamiento involuntario:
ii. de recibir visitas no debe ser limitado de modo irrazonable, teniendo en cuenta la necesidad de proteger a personas vulnerables y menores residentes o visitantes de un establecimiento psiquiátrico”.

¹⁶⁷ “The Working Party expressed the opinion that the right of the person suffering from mental disorder and placed as an involuntary patient in a psychiatric establishment to correspond with any appropriate authority, his or her representative and his or her lawyer cannot be restricted”.

f) *A recibir información exterior*. Esta forma específica de comunicación no aparece explícitamente reconocida en la Rec (2004) 10. Sin embargo, el WP-CDBI'2000 señaló en su Sec. 11.11:

“With regard to communication from outside, it was stressed that nothing should hamper communication between the outside and the psychiatric establishment on the one hand or the patient's right to receive information from outside on the other hand”.

Y los CPT Standards (Rev 2006). Extracto del 8º Informe General, CPT/Inf (98) 12, par. 54, afirma que “mantener contacto con el mundo exterior es esencial, no sólo para la prevención de los malos tratos sino también desde el punto de vista terapéutico”.

También los UNPMP'91 se refieren a esta cuestión:

“Principio 13. Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas

1. Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su:

c) Libertad de comunicación, que incluye... libertad de acceso a los servicios postales y telefónicos y a la prensa, la radio y la televisión”.

g) *Libertad de enviar y recibir correspondencia*. Esta forma específica de comunicación no aparece explícitamente reconocida en la Rec (2004) 10. Sin embargo, la Rec 818 (1977) proponía “stopping the practice of censoring correspondence” (I.i). Posteriormente la Rec (83) 2 afirmó el derecho del paciente “to send any letter unopened, should not be restricted” (art. 6.b). También los CPT Standards (Rev 2006). Extracto del 8º Informe General, CPT/Inf (98) 12, par. 54, señalan: “Los pacientes deberían poder recibir y enviar correspondencia,...”. En el mismo sentido el Principio 13.1.c) UNPMI'91 reconoce “[la] libertad de enviar y de recibir comunicaciones privadas sin censura... y [la] libertad de acceso a los servicios postales”.

Pero este derecho no es absoluto. Puede en determinados casos limitarse, por tres razones:

- Por razones de salud y para el éxito del tratamiento. El art. 6 de la Rec (83) 2 establece al respecto:

“The restrictions on personal freedom of the patient should be limited only to those which are necessary because of his state of health and for the success of the treatment”¹⁶⁸.

También la WPA-RLSMI' Athens'89 se refiere a este supuesto¹⁶⁹.

- Por restricciones derivadas de la aplicación de la ley penal o penitenciaria. Así lo explica el Memorandum Explicativo de la Rec (83) 2, en su apartado III.34:

“The limits on these rights are set by criminal law, whose purpose is to protect the freedom of others by preventing or punishing offences. If, for example, the patient uses

¹⁶⁸ EXPLANATORY MEMORANDUM, III.33: “The basic idea is that the patient must, as far as possible, receive the same consideration as any other person and that restrictions on his personal freedom must be confined to measures necessary in the interest of his health and of the treatment”.

¹⁶⁹ “Patients deprived of their liberty shall have the right to free communication, limited only as strictly necessary in the interests of the health or safety of themselves or others”.

letters in a way which is contrary to criminal law (for example to blackmail), then criminal law shall apply with any restrictions to personal freedom that it might imply”.

- Por eventuales daños a los derechos y libertades de terceros. Así lo explica el WP-CDBI'2000 (Sec. 11.8):

“As regards the right of the patient to communicate with persons other than those referred to above, it has been considered that it should not be unreasonably affected. It was pointed out, however, that in certain cases and in compliance with the relevant provisions of the house rules of the psychiatric establishment concerned, it might prove necessary to restrict these rights where failure to do so could be harmful to the patient's health or future prospects or to the rights and freedoms of other people (for example, repeated unpleasant telephone calls or letters, suspicion of drug-trafficking; another example might be where someone affected by manic depression writes and intends to send a letter of resignation to their employer)”.

La WPA-RLSMI' Athens'89 se refiere a este supuesto, aunque aludiendo a razones de seguridad de terceros¹⁷⁰.

En esta materia deben compatibilizarse las normas de régimen interior de las instituciones psiquiátricas con las prescripciones del art. 8.2 ECHR'50¹⁷¹.

En cualquier caso, como señala el WP-CDBI'2000 (Sec. 15.2):

“15. The setting-up and monitoring of quality standards for the implementation of mental health legislation
2. Furthermore, the experts were of the opinion that arrangements for the setting-up and monitoring of quality standards should include:
h. reviewing situations in which restrictions to communication have been applied;”.

h) *Comunicaciones telefónicas*. Esta forma específica de comunicación no aparece explícitamente reconocida en la Rec (2004) 10. Sin embargo, los CPT Standards (Rev 2006). Extracto del 8º Informe General, CPT/Inf (98) 12, par. 54, establecen que: “Los pacientes deberían... tener acceso al teléfono”.

La posibilidad de limitar este derecho existe en los mismos términos que en el caso de las comunicaciones postales.

i) *Libertad de comunicación con otras personas en el seno de la institución*. Esta forma específica de comunicación tampoco aparece explícitamente reconocida en la Rec (2004) 10. Pero si está reconocida en el Principio 13.1.c) UNPMI'91:

¹⁷⁰ “Patients deprived of their liberty shall have the right to free communication, limited only as strictly necessary in the interests of the health or safety of themselves or others”.

¹⁷¹ “No podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho, sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención del delito, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás”.

“Principio 13. Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas

1. Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su:

c) Libertad de comunicación, que incluye la libertad de comunicarse con otras personas que estén dentro de la institución...”.

2.2.5.4.- Traslado entre instituciones

La Rec (2004) 10 no alude explícitamente a esta cuestión. Sin embargo, es un tema importante, que debería merecer atención.

Según el art. 7 Rec (83) 2:

“A patient should not be transferred from one establishment to another unless his therapeutical interest and, as far as possible, his wishes are taken into account”¹⁷².

Y la WHOAmsterdam’94 afirma:

“5.7. Patients for whom there are no longer medical grounds for continued stay in a health care establishment are entitled to a full explanation before they can be transferred to another establishment or sent home. Transfer can only take place after another health care establishment has agreed to accept the patient. Where the patient is discharged to home and when his or her conditions so requires, community and domiciliary services should be available”.

Sobre esta temática puede ser de interés la Sentencia Ashingdane v. The United Kingdom.

2.2.5.5.- Quejas.

La Rec 818 (1977) recomendaba que para la investigación de las quejas existiera un órgano independiente:

“13. Recommends that the Committee of Ministers invite the governments of the member states:

ii. to set up independent special mental welfare tribunals or commissions, with a duty to exercise protective functions by investigating complaints, or by intervening on their own initiative in any case, with power to discharge patients where they find that confinement is no longer necessary”.

El derecho a presentar quejas forma parte de los estándares de calidad, como señaló el WP-CDBI’2000:

“15. The setting-up and monitoring of quality standards for the implementation of mental health legislation

¹⁷² “EXPLANATORY MEMORANDUM

III. Comments on the rules

36. Article 7 is to avert a patient's transfer from one establishment to another solely for administrative reasons and regardless of his therapeutic interests. A patient may, however, be transferred if his therapeutic interests so require (if, for example, the required treatment necessitates his placement in a better equipped hospital). Before any transfer, the patient's wishes must also as far as possible be taken into account”.

2. Furthermore, the experts were of the opinion that arrangements for the setting-up and monitoring of quality standards should include:

- g. receiving complaints confidentially from any such patients and ensuring that local complaints procedures are in place and that complaints are appropriately replied to;
- j. ensuring that statistical information on the use of Mental Health legislation and complaints is collected reliably and systematically;”.

La importancia de este derecho está resaltada en los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 8º Informe General, CPT/Inf (98) 12, par. 53:

“Se debería imprimir y entregar a cada paciente en el momento de su admisión, así como a sus familiares, un folleto introductorio que estableciera la rutina del establecimiento y los derechos de los pacientes. Cualquier paciente que no pueda comprender dicho folleto recibirá la ayuda necesaria.

Además, como en cualquier otro caso de privación de libertad, un procedimiento de quejas efectivas es una garantía básica contra los malos tratos en los establecimientos psiquiátricos. Se deberían tomar medidas específicas que permitiesen a los pacientes presentar quejas formales a un organismo claramente designado para el caso, y a comunicarse de forma confidencial con una autoridad competente fuera del establecimiento”.

Tanto los UNPMI’91 como la WHOAmsterdam’94 reconocen explícitamente este derecho:

“UNMPI’91

Principio 21. Quejas

Todo paciente o ex paciente tendrá derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos que especifique la legislación nacional”.

“WHOAmsterdam’94

6.5. Patients must have access to such information and advice as will enable them to exercise the rights set forth in this document. Where patients feel that their rights have not been respected they should be enabled to lodge a complaint. In addition to recourse to the courts, there should be independent mechanisms at institutional and other levels to facilitate the processes of lodging, mediating and adjudicating complaints. These mechanisms would, inter alia, ensure that information relating to complaints procedures was available to patients and that an independent person was available and accessible to them for consultation regarding the most appropriate course of action to take. These mechanisms should further ensure that, where necessary, assistance and advocacy on behalf of the patient would be made available. Patients have the right to have their complaints examined and dealt with in a thorough, just, effective, and prompt way and to be informed about their outcome”.

Y también trata de este tema la DHawaii-II’83:

“6. ... The psychiatrist should inform the patient and/or relatives or meaningful others, of the existence of mechanisms of appeal for the detention and for any other complaints related to his or her well being”.

La Rec (2004) 10 aborda la cuestión del siguiente modo:

“Artículo 37. Requerimientos específicos para el control.

1. La verificación del respeto a la normativa debe incluir.

v. la existencia de procedimientos de queja, las cuales deberán ser adecuadamente respondidas.

3. En relación a las personas sujetas a las previsiones de la legislación sobre salud mental deberá habilitarse a las personas encargadas del control para:
ii. recibir de forma confidencial quejas por parte de dichas personas”.

“Artículo 38. Estadísticas, consejos e informes.

1. Deberán recogerse datos estadísticos recabados anónimamente, sistemáticos y fiables concernientes a la aplicación de la legislación de salud mental y de las quejas planteadas”.

Probablemente fuera necesario sistematizar esta cuestión:

- Afirmando el derecho a la presentación de quejas de todo paciente.
- Estableciendo la necesidad de establecer un procedimiento ágil y eficaz.
- Garantizando que las quejas sean respondidas en un tiempo razonable.
- Facilitando, en el momento del ingreso en la institución, un folleto explicativo de las características y normas de funcionamiento de la misma, incluyendo el derecho a la presentación de quejas.
- Garantizando el acceso a un asesor sobre esta materia.
- Encomendando a un órgano independiente la investigación de las quejas planteadas.

2.2.5.6.- Inspección de las instituciones y control de calidad asistencial.

La Rec 1235 (1994) propuso la instauración de un sistema de inspección similar al CPT:

“7. The Assembly therefore invites the Committee of Ministers to adopt a new recommendation based on the following rules:

ii. Treatment:

f. an inspection system similar to that of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment should be set up”.

Los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 8º Informe General [CPT/Inf (98) 12, par. 55 señalan al respecto:

“55. el CPT da una considerable importancia a que los establecimientos psiquiátricos sean visitados regularmente por un organismo externo independiente (es decir, un juez o un comité supervisor) para que sea responsable de la inspección de la asistencia a los pacientes. Este organismo debería ser autorizado, en particular a hablar de forma privada con los pacientes, recibir directamente cualquier queja que puedan tener y hacer cualquier recomendación necesaria”.

También el Comisario para los Derechos Humanos ha abordado en alguno de sus informes la necesidad de establecer un sistema independiente de supervisión¹⁷³ o ha dado noticia de los avances en esta materia¹⁷⁴.

El WP-CDBI'2000, por su parte, especificó:

“15. The setting-up and monitoring of quality standards for the implementation of mental health legislation

2. Furthermore, the experts were of the opinion that arrangements for the setting-up and monitoring of quality standards should include:

- c. visiting and inspecting such premises to establish their suitability for the care of patients with mental disorder, at any time and, where deemed necessary, without prior notice;
- d. users of services should be involved in visiting and inspecting local Mental Health Services to establish that suitable alternatives to detention in hospital are provided for the care of patients with mental disorder”.

Finalmente, la Rec (2004) 10, en su art. 37 señala:

“Artículo 37. Requerimientos específicos para el control.

1. La verificación del respeto a la normativa debe incluir.

i. las visitas e inspecciones en los establecimientos de salud mental, si fuera necesario sin previo aviso a fin de asegurar:

a. que las personas afectadas no sean objeto de tratamiento involuntario, mas que en establecimientos registrados por la autoridad competente y siempre que tal institución esté destinada a dicho cometido;

b. que existan alternativas disponibles para dicho internamiento;

ii. la verificación del respeto a las obligaciones y normas profesionales.

iii. asegurar que existan facultades para investigar el fallecimiento de personas sometidas a internamiento o tratamiento involuntario, que dicho fallecimiento se comunique a la autoridad pertinente y que se lleve a cabo una investigación independiente.

iv. la evaluación de las situaciones en las que las comunicaciones han sido restringidas.

v. la existencia de procedimientos de queja, las cuales deberán ser adecuadamente respondidas.

2. Deberá asegurarse un seguimiento apropiado de los resultados del control.

3. En relación a las personas sujetas a las previsiones de la legislación sobre salud mental deberá habilitarse a las personas encargadas del control para:

i. reunirse privadamente con las personas privadas de libertad, con su consentimiento o el de sus representantes, teniendo acceso en todo momento al historial clínico;

ii. recibir de forma confidencial quejas por parte de dichas personas;

iii. obtener de las autoridades o del personal responsable del tratamiento o de los cuidados de dichas personas toda información que pueda razonablemente ser necesario para el ejercicio de sus funciones, comprendiendo los datos anónimos del historial clínico”.

2.2.6.- Uso de medios coercitivos.

¹⁷³ Memorandum to the Lithuanian Government. Assessment of the progress made in implementing the 2004 recommendations of the Council of Europe Commissioner for Human Rights, Strasbourg, 16 May 2007, CommDH(2007)8, par. 55.

¹⁷⁴ Follow-up Report on the Czech Republic (2003 – 2005). Assessment of the progress made in implementing the recommendations of the Council of Europe Commissioner for Human Rights. Strasbourg, 29 March 2006. CommDH(2006)15, par. 97.

La Rec 1235 (1994) regulaba: a) la contención mecánica, b) el aislamiento y c) el empleo de fármacos como instrumento de contención (Sec. 7.iii). Sin embargo, la Rec (2004) 10, sólo regula: a) el aislamiento y b) la contención. Pudiera ser adecuado que en el futuro se regularan las tres formas de uso de medios coercitivos.

2.2.6.1.- Principios reguladores.

Varios son los principios reguladores del uso de medios coercitivos, que se encuentran dispersos en diversas Recomendaciones y en informes del CPT. Pudiera ser adecuada su sistematización¹⁷⁵:

a) Principio de respeto a la dignidad personal:

- “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (art. 1 UCHR’48).
- “In all circumstances, the patient’s dignity should be respected and adequate measures to protect his health taken” [art. 10 Rec (83) 2].
- “It considers that the time has come for the member states of the Council of Europe to adopt legal measures guaranteeing respect for human rights of psychiatric patients” [6 Rec 1235 (1994)].
- “Conscientes de las acciones que podrían poner en peligro la dignidad humana mediante una práctica inadecuada de la biología y la medicina” (Preámbulo de la CHRB’97).
- “Esta Recomendación está dirigida a la mejora de la protección de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas aquejadas de trastornos mentales, en particular de aquellas que sean objeto de internamiento o tratamiento involuntario” [Art. 1.1 Rec (2004) 10].
- “En particular el personal debe estar debidamente formado en materia de: i. protección de la dignidad, derechos humanos y libertades fundamentales de las personas aquejadas de trastorno mental” [art. 11.2.i Rec (2004) 10].
- “Psychiatric patients should be treated with respect and dignity, and in a safe, humane manner that respects their choices and self-determination” [CPT Standards (Rev 2006). Extracto del 16º Informe General, CPT/Inf (2006) 35, par. 37].

b) Principio de legalidad:

- “Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad salvo, en los casos siguientes y con arreglo al procedimiento establecido por la Ley” (art. 5.1 ECHR’50).

¹⁷⁵ La Sección 11.6 WP-CDBI’2000 concluye al respecto: “*What safeguards should be provided to govern restraint or seclusion of patients?*”.

- “No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados” (Principio 11.11 UNPMI’91).

c) *Principio de necesidad e indicación terapéutica:*

- “El aislamiento o a la contención no deben emplearse más que...para prevenir un inminente daño para la persona concernida o para otro” [art. 27.1 Rec (2004) 10].
- “La represión [contención] de los pacientes debería estar sujeta a una política claramente definida” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 8º Informe General (CPT/Inf(98)12, par. 47)].
- “Such measures should be used only on the express order or under the supervision of a medical doctor or immediately brought to the knowledge of a medical doctor for approval” (WP-CDBI’2000, 11.6).
- “En particular el personal debe estar debidamente formado en materia de: iv. las excepcionales circunstancias en las que los diferentes métodos de contención o aislamiento pueden estar justificadas, teniendo en cuenta los eventuales riesgos y beneficios y la aplicación correcta de dichas medidas” [art. 11.2.iv Rec (2004) 10].

d) *Principio de congruencia y proporcionalidad:*

- “The use of pharmaceutical means of restraint must be proportionate to the objective sought” [7.iii.c Rec 1235 (1994)].
- “El aislamiento o a la contención [serán] siempre proporcionales a los eventuales riesgos existentes” [art. 27.1 Rec (2004) 10].
- “The Working Party also examined the issue of the means of physical restraint and of seclusion. It considered that the use of short periods of physical restraint and of seclusion should be in due proportion to the benefits and the risks entailed” (WP-CDBI’2000, 11.5).
- “Thorough training in techniques of physical restraint should be provided to staff. In this context, it was underlined that the response to violent behaviour by the patient should be graduated, ie that staff should initially attempt to respond verbally; thereafter, only in so far as required, by means of manual restraint; and only in a last resort by mechanical restraint” (WP-CDBI’2000, 11.5).
- “As a general rule, the method chosen in respect of a particular patient should be the most proportionate (among those available) to the situation encountered; for example, automatic resort to mechanical or chemical restraint is not called for in cases when a brief period of manual control combined with the use of psychological means of calming the person down would suffice” [CPT Standards (Rev 2006) Extracto del 16º Informe General (CPT/Inf (2006) 35, par. 39].

- “La represión [contención] de los pacientes debería estar sujeta a una política claramente definida. Dicha política debería dejar claro que los intentos iniciales para reprimir a los pacientes agitados o violentos deberían ser, en la medida de lo posible, no físicos (es decir instrucción oral) y que, cuando fuese necesaria la represión [contención] física, se debería limitar, en principio, al control manual” [CPT Standards (Rev 2006) Extracto del 8º Informe General [CPT/Inf (98) 12, par. 47].
- “[L]as excepcionales circunstancias en las que los diferentes métodos de contención o aislamiento pueden estar justificadas, teniendo en cuenta los eventuales riesgos y beneficios y la aplicación correcta de dichas medidas” [art. 11.2.iv Rec (2004) 10].

Pudiera ser oportuno explicitar que ningún medio coercitivo en psiquiatría puede ser utilizado, bajo ningún concepto, como castigo:

- “Si, excepcionalmente, se recurre a instrumentos de represión física, deberían ser retirados a la más mínima ocasión; nunca deberían ser aplicados, ni su aplicación prolongada, como castigo” [CPT Standards (Rev 2006). Extracto del 8º Informe General, CPT/Inf (98) 12, par. 48]
- “Nunca deberá utilizarse la reclusión [aislamiento] como castigo” [CPT Standards (Rev 2006). Extracto del 8º Informe General, CPT/Inf (98) 12, par. 49]

e) *Principio de prohibición del exceso o menor restricción:*

- “Las personas aquejadas de trastornos mentales deben tener el derecho de ser cuidadas en el entorno disponible menos restrictivo posible y beneficiarse del tratamiento disponible menos restrictivo o que implique menor intrusión, teniendo en cuenta las exigencias derivadas de su estado de salud y de la seguridad de terceros” [art. 8 Rec (2004) 10].
- “Involuntary intervention must be carried out in accordance with the least restrictive principle” (WPA-RLSMI-Athens’89).

f) *Principio de limitación temporal.*

- “No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito”. (Principio 11.11 UNPMI’91).
- “It was furthermore felt that seclusion and mechanical or other means of restraint for prolonged periods should be resorted to only in exceptional cases and where there is no other means of remedying the situation” (WP-CDBI’2000, 11.6).
- “The CPT has on occasion encountered psychiatric patients to whom instruments of physical restraint have been applied for a period of days; the Committee must

emphasise that such a state of affairs cannot have any therapeutic justification and amounts, in its view, to ill-treatment” [CPT Standards (Rev 2006) Extract from the 8th General Report CPT/Inf (98) 12, par. 47].

- El empleo de medios coercitivos estará directamente justificado por una situación de urgencia, teniendo un carácter provisional

g) *Principio de adecuación de los métodos y medios empleados.*

- “El aislamiento o a la contención no deben emplearse más que en instituciones apropiadas” [art. 27.1 Rec (2004) 10].
- “Certain mechanical restraints, which are still to be found in some psychiatric hospitals visited by the CPT, are totally unsuitable for such a purpose and could well be considered as degrading. Handcuffs, metal chains and cage-beds clearly fall within this category; they have no rightful place in psychiatric practice and should be withdrawn from use immediately” [CPT Standards (Rev 2006) Extract from the 16th General Report, CPT/Inf (2006) 35), par. 40].
- El uso de métodos apropiados requiere una formación específica del personal, aspecto muy detallado en el art. 11 Rec (2004) 10 :

“Artículo 11. Normas profesionales.

1. Los profesionales de los servicios de salud mental deben tener la cualificación y formación apropiadas para poner cumplir su función en el seno de los servicios, conforme a las obligaciones y normas profesionales.

2. En particular el personal debe estar debidamente formado en materia de:

- i. protección de la dignidad, derechos humanos y libertades fundamentales de las personas aquejadas de trastornos mentales;
- ii. comprensión, prevención y control de la violencia;
- iii. medidas que permitan evitar el recurso a la contención y al aislamiento.
- iv. las excepcionales circunstancias en las que los diferentes métodos de contención o aislamiento pueden estar justificadas, teniendo en cuenta los eventuales riesgos y beneficios y la aplicación correcta de dichas medidas”.

Existen diversas menciones en los CPT Standards a esta cuestión¹⁷⁶.

h) *Principio de cuidado:*

- “Dichas medidas no deberán llevarse a cabo más que bajo supervisión médica” [art. 27.2 Rec (2004) 10].
- “La persona objeto de una medida de aislamiento o contención deberá beneficiarse de un seguimiento regular” [art. 27.3.i Rec (2004) 10].
- “Involuntary intervention is a great infringement of the human rights and the fundamental freedom of a patient. Therefore, specific and carefully defined criteria and safeguards are needed for such intervention” (WPA-RLSMI-Athens’89).

¹⁷⁶ CPT Standards (Rev 2006) Extracto del 8º Informe General [CPT/Inf (98) 12, 47].

- Necesidad de recursos¹⁷⁷.

i) *Principio de documentación de actuaciones:*

- “Dichas medidas no deberán llevarse a cabo más que bajo supervisión médica, debiendo apropiadamente consignarse por escrito” [art. 27.2 Rec (2004) 10].
- “Las razones para recurrir a estas medidas, y la duración de su aplicación, deberán ser consignados en el historial médico de la persona y en un registro” [art. 27.3.ii Rec (2004) 10].
- “The reasons and duration of these measures should be mentioned in a proper register and in the patient's personal file” (WP-CDBI'2000, 11.6).

j) *Principio de control (interno y externo):*

- “The application of means of restraint in the correct manner and appropriate environment requires more - not fewer - medical staff, as each case of restraint necessitates a member of staff to provide direct, personal and continuous supervision (cf. paragraph 50)” [CPT Standards (Rev 2006) Extracto del 16º Informe General [CPT/Inf (2006) 35], par. 43].

k) *Principio de confidencialidad de los datos y privacidad:*

- “A restrained patient should be adequately clothed and not exposed to other patients, unless he/she explicitly requests otherwise or when the patient is known to have a preference for company” [CPT Standards (Rev 2006) Extracto del 16º Informe General, CPT/Inf (2006) 35, par. 40].

2.2.6.2.- Contención mecánica.

En ocasiones es necesaria la contención, pero es preciso evitar todo abuso:

“In any psychiatric establishment, the restraint of agitated and/or violent patients may on occasion be necessary. This is an area of particular concern to the CPT, given the potential for abuse and ill-treatment”. [CPT Standards (Rev 2006). Extracto del 16º Informe General, CPT/Inf (2006) 35, par. 36.]

En esta materia ha habido un importante cambio en las Recomendaciones del Consejo de Europa. En la Rec 1235 (1994 se afirmaba: “no mechanical restraint should be used” (7.iii.c); ninguna mención se hace a la “contención manual”. Sin embargo, en la Rec (2004)

¹⁷⁷ “The use of restraint in an appropriate manner requires considerable staff resources. For example, the CPT considers that when the limbs of a patient are held with straps or belts, a trained member of staff should be continuously present in order to maintain the therapeutic alliance and to provide assistance. Such assistance may include escorting the patient to a toilet facility or, in the exceptional case where the measure of restraint cannot be brought to an end in a matter of minutes, helping him/her to consume food. Clearly, video surveillance cannot replace such a continuous staff presence. In cases where a patient is secluded, the staff member may be outside the patient's room, provided that the patient can fully see the staff member and the latter can continuously observe and hear the patient” [CPT Standards (Rev 2006) Extracto del 16º Informe General, CPT/Inf (2006) 35, par. 50].

10 se admite la contención, pero no se distingue aquí entre “contención mecánica” y “contención manual”.

Por su parte los UNPMI’91 emplean el término “contención física” (Principio 11.11); no se distingue aquí entre “contención mecánica” y “contención manual” (puede por tanto, aparentemente, la “contención física” ser comprensiva de ambas modalidades. Lo que parece, tal vez, más adecuado. Pudiera ser de interés la diferenciación de los tipos de restricción o bien señalar explícitamente que la contención (o mejor “contención física”) incluye ambas modalidades.

Como ya se ha visto la contención está explícitamente sometida a unos principios [art. 27 Rec (2004) 10], que ya han sido descritos.

El art. 27.4 Rec (2004) 10 señala: “Este artículo no es de aplicación a la contención momentánea”. No se especifica aquí si ha de entenderse la “contención momentánea” como un “contención manual” y tal vez convendría especificarlo.

No existe una mención a la prohibición de determinados mecanismos de contención, a pesar de que el CPT ha enunciado algunos¹⁷⁸ y también el Comisario para los Derechos Humanos¹⁷⁹; también, en alguna ocasión ha mostrado preocupación sobre el tema la ECHR¹⁸⁰. Convendría reflexionar sobre si algunos de estos mecanismos “clásicos” debieran ser explícitamente proscritos.

2.2.6.3.- Aislamiento.

Sobre la necesidad de reducir al mínimo el empleo del aislamiento ya se pronunció la Rec 1235 (1994) en los siguientes términos:

“7. The Assembly therefore invites the Committee of Ministers to adopt a new recommendation based on the following rules:
iii. Problems and abuses in psychiatry:
b. the use of isolation cells should be strictly limited and accommodation in large dormitories should also be avoided;”

¹⁷⁸ “Certain mechanical restraints, which are still to be found in some psychiatric hospitals visited by the CPT, are totally unsuitable for such a purpose and could well be considered as degrading. Handcuffs, metal chains and cage-beds clearly fall within this category; they have no rightful place in psychiatric practice and should be withdrawn from use immediately.

The use of net-beds, widespread in a number of countries until only a few years ago, appears to be in steady decline. Even in those few countries where they are still in use, net-beds are resorted to on a diminishing basis. This is a positive development and the CPT would like to encourage States to continue making efforts to reduce further the number of net-beds in use” [CPT Standards (Rev 2006) Extracto del 16º Informe General, CPT/Inf (2006) 35, par. 40].

¹⁷⁹ En relación a las camas-jaula: Report by Mr. Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, on his visit to the Czech Republic from 24 to 26 February 2003. Report by Mr. Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, on his visit to Hungary, 11-14 June 2002, par. 45. Report by Mr. Alvaro Gil Gobles, Commissioner for Human Rights, on his visit to Slovenia 11-14 May 2003, par. 84. En posteriores informes el Comisario se congratula de los avances logrados respecto a la supresión de las camas-jaula (“cage beds”).

¹⁸⁰ Herczegfalvy v. Austria, para. 83 (about the handcuffs).

Posteriormente la Rec (2004) 10 trató sobre esta medida coercitiva (art. 27), como ya se ha indicado¹⁸¹.

En los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 16º Informe General, CPT/Inf (2006) 35, par. 42] se efectúan dos indicaciones muy relevantes:

“As regards seclusion, this particular measure is not necessarily a proper alternative to the use of mechanical, chemical or other means of restraint. Placing a patient in seclusion may produce a calming effect in the short term, but is also known to cause disorientation and anxiety, at least for certain patients. In other words, placement in a seclusion room without appropriate, accompanying safeguards may have an adverse result. The tendency observed in several psychiatric hospitals to routinely forgo resort to other means of restraint in favour of seclusion is of concern to the CPT”.

2.2.6.4.- Contención química.

La Rec 1235 (1994) aludía al uso de la contención química en los siguientes términos:

“7. The Assembly therefore invites the Committee of Ministers to adopt a new recommendation based on the following rules:
iii. Problems and abuses in psychiatry:
c. ... The use of pharmaceutical means of restraint must be proportionate to the objective sought,...”.

Sin embargo, en la Rec (2004) 10 no se alude a este medio de contención. Pero, tal vez debiera hacerse una recomendación en esta materia, ya que como señalan los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 16º Informe General, CPT/Inf (2006) 35, par. 41]:

“If recourse is had to chemical restraint such as sedatives, antipsychotics, hypnotics and tranquillisers, they should be subjected to the same safeguards as mechanical restraints. The side-effects that such medication may have on a particular patient need to be constantly borne in mind, particularly when medication is used in combination with mechanical restraint or seclusion”.

Además, debería probablemente tomarse en consideración lo indicado en el Principio 10.1 UNPMI'91:

“Principio 10. Medicación

¹⁸¹ “Artículo 27. Aislamiento y contención.

1. El aislamiento o a la contención no deben emplearse más que en instituciones apropiadas, cumpliendo el principio de menor restricción, y para prevenir un inminente daño para la persona concernida o para otro, siendo siempre proporcionales a los eventuales riesgos existentes.
2. Dichas medidas no deberán llevarse a cabo más que bajo supervisión médica, debiendo apropiadamente consignarse por escrito.
3. Además de lo anterior:
 - i. la persona objeto de una medida de aislamiento o contención deberá beneficiarse de un seguimiento regular;
 - ii. las razones para recurrir a estas medidas, y la duración de su aplicación, deberán ser consignados en el historial médico de la persona y en un registro.
4. Este artículo no es de aplicación a la contención momentánea”.

1. La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros”.

2.2.7.- Duración y fin del internamiento involuntario.

Dos son los supuestos posibles:

2.2.7.1.- Internamiento para evaluación.

El artículo 17.2 Rec (2004) 10 prevé un supuesto excepcional de internamiento involuntario:

“La ley puede prever que, excepcionalmente, una persona sea objeto de internamiento involuntario, conforme a las disposiciones del presente Capítulo, durante el tiempo mínimo necesario para determinar si está aquejada de un trastorno mental que represente un riesgo real de daño grave para su salud o para terceros, si

- i. su comportamiento sugiere fundadamente la existencia de tal trastorno;
- ii. su estado permite suponer tal riesgo;
- iii. no existe otro medio menos restrictivo para evaluar su estado;
- iv. la opinión de la persona concernida ha sido tenida en consideración”.

En este caso, el internamiento es por “el tiempo mínimo necesario para determinar si está aquejada [tal persona] de un trastorno mental que represente un riesgo real de daño grave para su salud o para terceros”.

Sin embargo, la Rec (2004) 10 no especifica claramente qué sucede tras la evaluación. Más concreto es el Principio 16.2 UNPMI’91:

“Inicialmente la admisión o la retención involuntaria se hará por un período breve determinado por la legislación nacional, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención”.

Regla que se completa con lo dispuesto en el Principio 17.2 UNPMI’91:

“El examen inicial por parte del órgano de revisión, conforme a lo estipulado en el párrafo 2 del principio 16 *supra*, de la decisión de admitir o retener a una persona como paciente involuntario se llevará a cabo lo antes posible después de adoptarse dicha decisión y se efectuará de conformidad con los procedimientos sencillos y expeditos establecidos por la legislación nacional”.

2.2.7.2.- Internamiento para tratamiento.

La prolongación o no del internamiento para tratamiento depende de que persistan o no los “criterios para la medida”. Señala al respecto el art. 24.1 Rec (2004) 10:

“Deberá ponerse fin al internamiento o tratamiento involuntario si alguno de los criterios que justifican esta medida deja de cumplirse”.

También recoge este postulado los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 8º Informe General, CPT/Inf (98) 12, par. 56:

“La estancia involuntaria en un establecimiento psiquiátrico debería cesar tan pronto como deje de ser necesario para el estado mental del paciente”.

En similar sentido se expresan las asociaciones profesionales:

DHawaii-II’83:

“6. As soon as the conditions for compulsory treatment no longer apply, the psychiatrist should release the patient from compulsory nature of the treatment and if further therapy is necessary should obtain voluntary consent”.

WPA-RLSMI-Athens’89:

“The necessity for the deprivation of liberty shall be reviewed at regular and fixed intervals as prescribed by national law”.

E igualmente los UNPMI’91 (Principio 17.5):

“En cada examen, el órgano de revisión determinará si se siguen cumpliendo los requisitos para la admisión involuntaria enunciados en el párrafo 1 del principio 16 supra y, en caso contrario, el paciente será dado de alta como paciente involuntario”

Varias son las cuestiones que plantea esta modalidad de tratamiento involuntario:

2.2.7.2.1.- Limitación temporal de los internamientos involuntarios.

El internamiento involuntario, necesariamente, ha de ser limitado en el tiempo. El Consejo de Europa y otros organismos que operan en su órbita lo han expresado insistentemente.

Así la Rec (83) 2 afirma que “a placement should be for a limited period” (art. 8.1). “Or for a period not exceeding the period fixed by law”, añade el Memorandum Explicativo de dicha Recomendación (III.38). “Whenever no limited period is specified in the placement order or prescribed by law, the authority ordering the placement must review at regular intervals the necessity for placement” (III.38).

En este último sentido se expresan también los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 8º Informe General, CPT/Inf (98) 12, par. 56:

“Si el período de estancia involuntaria no está especificado, debería producirse una revisión automática en intervalos periódicos de la necesidad de continuar la estancia”.

Una de las razones para la prolongación excesiva de un internamiento se encuentra en el uso abusivo del concepto de “peligrosidad”, como señaló la Rec 818 (1977):

“13. Recommends that the Committee of Ministers invite the governments of the member states:

- I. i. to review their legislation and administrative rules on the confinement of the mentally ill, by redefining some basic concepts such as "dangerous", by reducing to the minimum the practice of compulsory detention for an "indeterminate period",...”.

Otra de las razones para la prolongación excesiva es la ausencia de servicios comunitarios. Sobre este aspecto se ha pronunciado el WP-CDNI'2000¹⁸² y también el CPT¹⁸³. Finalmente ha abordado la cuestión el art. 24.4 de la Rec (2004) 10, en los siguientes términos:

“Member states should aim to minimise, wherever possible, the duration of involuntary placement by the provision of appropriate aftercare services”.

2.2.7.2.2.- La necesidad de revisiones periódicas.

La necesidad de periódicas revisiones aparece recogida en diversos instrumentos del Consejo de Europa. Por una parte se encuentran las revisiones sobre el estado de salud y la medicación prescrita. Los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 8º Informe General, CPT/Inf (98) 12, par. 40, señalan:

“Las revisiones periódicas del estado de salud de un paciente y de la medicación prescrita, es otro requisito básico”.

Por otra parte, se encuentran las revisiones sobre la necesidad o no de prolongar el internamiento. “The necessity for placement should be examined at regular intervals”, afirmó el art. 8.1 Rec (83) 2. And “provision must be made for the placement decision to be regularly and automatically reviewed”, afirmó la Sec. 7.i.b) Rec 1235 (1994).

También los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 8º Informe General, CPT/Inf (98) 12, par. 56, señalan:

“Si el período de estancia involuntaria no está especificado, debería producirse una revisión automática en intervalos periódicos de la necesidad de continuar la estancia”.

Mas no sólo las revisiones han de efectuarse en “intervalos regulares”, sino que éstos deben ser “intervalos razonables”. Expresamente alude a esta noción el art. 8.1 Rec (83) 2. Y el Memorandum Explicativo de esta Recomendación recuerda la jurisprudencia de la ECHR sobre este concepto¹⁸⁴. Otras sentencias de la ECHR también utilizan el término “intervalos razonables”¹⁸⁵.

¹⁸² “13. The termination of involuntary placement and treatment

2. As regards after-care of those who have been subject to involuntary placement, the experts considered that appropriate after-care provision should be put in place by member States, linking hospital and community services, inter alia, to ensure that termination of involuntary placement occurs as soon as possible and to avoid, as far as is reasonable, resorting to the involuntary placement of the person concerned in the future. But they felt that the lack of such services outside the establishment should not in itself be sufficient reason to prolong detention”.

¹⁸³ CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 8º Informe General, CPT/Inf (98) 12, par. 57:

“Aunque no se exija por más tiempo la estancia involuntaria, el paciente podrá no obstante seguir necesitando tratamiento y/o un ambiente protegido en la comunidad exterior. A este respecto, el CPT ha descubierto, en varios países, que algunos pacientes cuyo estado mental ya no requería que fuesen detenidos en un establecimiento psiquiátrico, permanecían, sin embargo, en dichos establecimientos, debido a la falta de asistencia / alojamiento adecuados en la comunidad exterior. Que las personas continúen estando privadas de libertad como resultado de la ausencia de instalaciones externas adecuadas, es una situación muy cuestionable”.

¹⁸⁴ EXPLANATORY MEMORANDUM

III. Comments on the rules

39. Paragraph 1 adds to these safeguards the right of the patient to appeal, at reasonable intervals, to a court for the termination of his placement. This ensures compliance with the rule stressed by the European Court in the case of *X against the United Kingdom*, that Article 5, paragraph 4, of the convention implies that a patient compulsorily confined in an institution for an indefinite or lengthy period is entitled ‘at any rate where there is

2.2.7.2.3.- El derecho del paciente a solicitar la revisión de la prolongación de su internamiento involuntario.

Los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 8º Informe General, CPT/Inf (98) 12, par. 56, señalan:

“Además, el propio paciente podrá exigir en intervalos razonables que una autoridad judicial revise la necesidad de estar internado en el establecimiento”.

2.2.7.2.4.- Las facultades del facultativo y del establecimiento en general.

El médico tiene la facultad de poner fin al internamiento involuntario, cuando aprecie que no concurren los criterios para la prolongación del mismo. El art. 24 Rec (2004) señala:

“Artículo 24. Fin del internamiento y/o tratamiento involuntario.

2. El médico responsable de la atención al paciente deberá también verificar si alguno de los criterios deja de cumplirse, a menos que un tribunal se reserve la responsabilidad de la reevaluación de los riesgos de daño grave para otro o que se confíe dicho examen a otra instancia específica.

3. Salvo que el fin de la medida esté sujeto a una decisión judicial, el médico, la autoridad responsable o la instancia competente deberán poder adoptar la decisión, a la vista de los criterios enunciados para poner fin a esta medida”.

Varias son las cuestiones que se plantean:

En primer lugar, se reconoce una facultad relativamente amplia al psiquiatra para poner fin al internamiento involuntario, una vez que ha verificado la ausencia de los criterios que permiten la prolongación de la medida. El art. 8.2.a) Rec (83) 2 señaló:

“The placement may be terminated at any moment on the decision:

a. of a doctor,...

acting on his own initiative or at the request of the patient or any other interested person”.

Dicha facultad también aparece reconocida, por ejemplo, en la DHawaii-II’83:

“6. As soon as the conditions for compulsory treatment no longer apply, the psychiatrist should release the patient from compulsory nature of the treatment and if further therapy is necessary should obtain voluntary consent”.

En segundo lugar, se reconoce unas facultades igualmente amplias a los tribunales. En este aspecto debiera reflexionarse sobre:

- Si es conveniente seguir atribuyendo a la autoridad judicial competencia para prolongar los internamientos involuntarios, tanto en los casos de los pacientes

no automatic periodic review of a judicial character, to take proceedings at reasonable intervals before a court to put in issue the ‘lawfulness (...) of his detention’”.

¹⁸⁵ A este concepto alude la sentencia *Silva Rocha v. Portugal*, para. 32.

mentales que han cometido delito como en los casos en los que no existe causa penal alguna.

- Si es más oportuno diferenciar entre:
 - o Proceso penal: supuesto en el que la autoridad judicial conservaría todas las competencias para la liberación del paciente (el fin de la medida estará sujeta a decisión judicial).
 - o Internamiento involuntario: supuesto en el que la competencia de liberación recaería exclusivamente en el médico; esto no sería obstáculo para que un tribunal “se reserve la responsabilidad de la reevaluación de los riesgos de daño grave para otro o que se confíe dicho examen a otra instancia específica”. El problema de fondo es determinar la naturaleza de la intervención judicial en estos casos: si el ingreso es una orden judicial o una mera autorización (en ejercicio de las facultades de control del órgano judicial y para garantía de la libertad del paciente). Naturalmente, el juez podría poner término a la medida, en ejercicio de sus facultades de control (apelación de la decisión de internar o de prolongar el internamiento).

El WP-CDBI'2000 introdujo una mención al “establecimiento [institución]” en relación a la facultad de poner fin al internamiento que, tal vez, debiera ser tenida en cuenta:

“13. The termination of involuntary placement and treatment

1. ... the medical doctor, the establishment and the independent authority should have the competence to put an end to the involuntary placement in view of the criteria mentioned under point 3. above”.

2.2.7.2.5.- Las facultades del juez u órgano independiente de revisión.

El art. 8.2 Rec (83) 2 estableció:

“The placement may be terminated at any moment on the decision:

b. of a competent authority,

acting on his own initiative or at the request of the patient or any other interested person”.

Dicha “autoridad competente” o “autoridad responsable” [según la terminología del art. 24.3 Rec (2004) 10] puede ser un juez o un tribunal [órgano jurisdiccional unipersonal o colegiado].

2.2.7.2.6.- Continuación del tratamiento tras el internamiento involuntario.

El fin del internamiento involuntario no tiene por qué suponer, necesariamente, el fin del tratamiento. Señala en este sentido el art. 8.3 Rec (83) 2:

“The termination of the placement does not necessarily imply the end of treatment which may continue on a voluntary basis¹⁸⁶.”

¹⁸⁶ “EXPLANATORY MEMORANDUM

No obstante, es preciso que los Estados establezcan servicios comunitarios para implementar el tratamiento en el medio externo.

2.2.8.- Internamiento involuntario de menores.

El internamiento involuntario de menores se encuentra regulado en el art. 29 Rec (2004) 10:

“Artículo 29. Menores.

1. Las disposiciones de la presente Recomendación podrán aplicarse a los menores, salvo que exista un mecanismo de mayor protección.
2. En las decisiones concernientes al internamiento o tratamiento, sean o no involuntarias, la opinión del menor debe ser tenida en consideración como un factor más a tener en cuenta, en función de la edad y del grado de madurez del mismo.
3. Un menor que sea sometido a un tratamiento involuntario deberá tener reconocido su derecho a la asistencia de un representante en el curso del procedimiento.
4. Ningún menor será internado en un establecimiento de acogida de adultos a menos que tal internamiento le sea beneficioso.
5. Los menores que sean objeto de un internamiento tendrán derecho a beneficiarse de enseñanza gratuita y de la reinserción, lo antes posible, al sistema escolar general. Si fuera posible el menor será evaluado individualmente y seguirá un programa de enseñanza y formación individualizada”.

El art. 29 Rec (2004) 10 no alude a una cuestión que pudiera ser necesario abordar en el futuro, los “derechos parentales” [patria potestad o tutela legal]. Esta materia fue analizada en el caso Nielsen V. Denmark, en la que se concluyó que: a) los padres pueden solicitar el internamiento del menor en interés del mismo, en ejercicio de los “derechos parentales”¹⁸⁷, b) han de justificarse las razones médicas del ingreso¹⁸⁸ y c) las condiciones de restricción de movimientos han de ser similares a las de un pabellón infantil no psiquiátrico¹⁸⁹.

III. Comments on the rules

42. Since placement is a means of giving treatment, a patient who is entitled to leave the establishment may no longer require placement, yet still need further treatment. Termination of the placement therefore does not preclude the doctor's treating the patient on a voluntary basis.

This rule, embodied in paragraph 3, is particularly designed to emphasise that the termination of placement is not necessarily conditional on the patient's full recovery and to encourage the establishment of a voluntary doctor-patient relationship whenever possible”.

¹⁸⁷ Nielsen v. Denmark, para 69: “The Court is satisfied that the mother, when taking her decision on the basis of medical advice from her family doctor and from Professor Tolstrup, had as her objective the protection of the applicant's health (see paragraphs 15 and 19-20 above). This is certainly a proper purpose for the exercise of parental rights”.

¹⁸⁸ Nielsen v. Denmark, para. 63: “It is true that the Chief Physician could have refused to admit the applicant to the Child Psychiatric Ward if hospitalisation was not justifiable on medical grounds”.

¹⁸⁹ Nielsen v. Denmark, para. 70: “The restrictions on the applicant's freedom of movement and contacts with the outside world were not much different from restrictions which might be imposed on a child in an ordinary hospital: it is true that the door of the Ward, like all children's wards in the hospital, was locked, but this was to prevent the children exposing themselves to danger or running around and disturbing other patients; the applicant was allowed to leave the Ward, with permission, to go for instance to the library and he went with other children, accompanied by a member of the staff, to visit playgrounds and museums and for other recreational and educational purposes; he was also able to visit his mother and father regularly and his old school friends and, towards the end of his stay in hospital, he started going to school again; in general, conditions in the Ward were said to be "as similar as possible to a real home" (see paragraphs 27-32 above)”.

La Rec (2005) 5 sobre derechos de los niños internos en instituciones, pudiera ser un referente de interés a la hora de tratar el internamiento de menores en instituciones psiquiátricas. El Apéndice de esta Recomendación incluye: a) “Principios Básicos”, b) “Derechos específicos de los menores residentes en instituciones” y c) “Pautas y estándares de calidad” que, aunque referidos a instituciones residenciales en general, proporcionan una información relevante sobre los derechos y estándares de cuidado de los menores ingresados en instituciones psiquiátricas.

2.3.- Tratamiento involuntario.

2.3.1.- Principios generales del tratamiento del trastorno mental

En Declaraciones, Recomendaciones, Sentencias y otros instrumentos se enuncian los principios generales de aplicación en los tratamientos involuntarios. Una integración de los diferentes principios daría el siguiente resultado:

2.3.1.1.- Plan de tratamiento apropiado e individualizado.

El tratamiento ha de responder a un plan individualizado y ha de ser apropiado al estado mental del paciente.

El carácter individualizado del tratamiento ya aparecía en el art. 9.2 UNPMI'91 y en similares términos se expresa el WP-CDBI'2000:

“11. The human rights of people suffering from mental disorder, in particular those placed as involuntary patients

4. Furthermore, the treatment and care of the patient should be based on an individually prescribed scheme,...”.

Y en este documento se explicita lo apropiado que ha de ser el tratamiento:

“6. Involuntary treatment - specific considerations

5. Lastly, written report should be drawn up for each involuntary course of treatment, without the implementation of this procedure however generating too much bureaucracy, and the treatment should always be adapted to the patient. In particular, the involuntary treatment should always be proportionate to the patient's state of health and aim, where appropriate, at administering as soon as possible a treatment agreed by the patient. It was considered that only officially recognised pharmaceutical products should be used involuntarily and that in view of the extensive, and frequently excessive, use of medication, side effects and dosage regimes should be carefully monitored such that doses could be reduced as soon as therapeutically appropriate. Furthermore, importance should also be accorded to the provision of group therapy, psychotherapy, music therapy, theatre, sport activities, etc., and opportunities for daily physical exercise”.

En igual sentido se manifiesta el art. 12.1 Rec (2004) 10:

“Las personas aquejadas de trastornos mentales deben beneficiarse de tratamientos y cuidados,... sobre la base de un plan apropiado de tratamiento individualizado”

Y también la Res. 1460 (2005)¹⁹⁰.

Por su parte la Rec (2004) 10 señala:

“Artículo 19. Principios relativos al tratamiento involuntario.

1. El tratamiento involuntario deberá:

- i. responder a específicas señales y síntomas clínicos;
- ii. ser proporcionado al estado de salud de la persona”.

Los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 8º Informe General [CPT/Inf (98) 12], aluden a este principio en los siguientes términos:

“37. El tratamiento psiquiátrico se debería basar en un planteamiento individualizado que implicase el establecimiento de un plan de tratamiento para cada paciente”.

2.3.1.2.- En interés del paciente.

Indirectamente, la DHawaii-II’83 indica que es el mejor interés el paciente el que justifica el tratamiento involuntario¹⁹¹. Y sobre ello incide también el WP-CDBI’2000:

“6. Involuntary treatment - specific considerations

1. The Working Party approved as a fundamental principle that treatment must in all cases be administered for the benefit of the patient.

Treatment should always be applied in response to a recognised clinical symptom, have a therapeutic aim and be likely to entail a real clinical benefit and not only an effect on the administrative, criminal, family or other situation of the patient (Although it was considered that it was important to take into consideration the social situation of the person concerned, it was underlined that the latter did not constitute the first priority. Hence, treatment should have no other aim than the treatment of the symptom. It must correspond to a medical need rather than to a social, family or economic need. It was also underlined that emphasis should be put on therapeutic intent rather than on prior evidence of efficacy of the treatment.)”.

2.3.1.3.- Carácter integral.

La Res 1460 (2005) lleva a cabo una importante reflexión al respecto¹⁹². Por su parte los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 8º Informe General, CPT/Inf (98) 12, par. 37 afirman:

¹⁹⁰ “9. The Assembly believes that psychiatric treatment must be based on an individualised approach, with a treatment protocol being prepared for every patient”.

¹⁹¹ “5. No procedure shall be performed nor treatment given against or independent of a patient's own will, unless because of mental illness, the patient cannot form a judgement as to what is in his or her own best interest and without which treatment serious impairment is likely to occur to the patient or others”.

¹⁹² “9. The Assembly believes that psychiatric treatment must be based on an individualised approach, with a treatment protocol being prepared for every patient. Treatment must span a broad range of rehabilitation and therapeutic activities. It is still not made sufficiently clear in international law instruments or in mental health legislation that psychiatric therapy is individual and intensely personal by nature, involving an individualised plan of continuing care, based on a relationship between patient and practitioner. It is still all too often the case that the treatment given to a patient consists mainly of pharmacotherapy, either because there is a shortage of suitably skilled staff and appropriate facilities or because philosophies based on patient control and supervision still prevail. Initial and in-service training of different specialists should be part of national mental health policies in order to respond better to the varied and individualised needs of each patient”.

“37. El tratamiento psiquiátrico se debería basar en un planteamiento individualizado que implicase el establecimiento de un plan de tratamiento para cada paciente. Debería incluir una amplia gama de actividades de rehabilitación y terapéuticas, incluyendo la terapia ocupacional, la terapia de grupo, la psicoterapia individual, el arte, el teatro, la música y los deportes. Los pacientes deberían tener acceso habitual a salas de recreo debidamente equipadas y tener la posibilidad de hacer ejercicio al aire libre diariamente; también es deseable para ellos que se les ofrezca una educación y un trabajo adecuado.

El CPT ha encontrado en demasiadas ocasiones que estos componentes fundamentales de tratamiento efectivo de rehabilitación psicosocial están infradesarrollados o incluso existe una carencia total de los mismos y que el tratamiento proporcionado a los pacientes consiste esencialmente en farmacoterapia. Esta situación puede ser el resultado de la ausencia de personal debidamente cualificado y de la falta de instalaciones adecuadas o el resultado de una filosofía anticuada basada en la custodia de los pacientes”.

El uso de diferentes técnicas y métodos de tratamiento es compatible con el empleo adecuado de la medicación, como expresa el par. 38 del General Report anteriormente citado:

“Por supuesto, la medicación psicofarmacológica es a menudo una parte necesaria del tratamiento dado a los pacientes con desórdenes mentales. Deben existir los procedimientos que garanticen que realmente se suministra la medicación prescrita, y que se garantiza un suministro regular de las medicinas adecuadas. El CPT también estará observando si se produce algún indicio de uso indebido de la medicación”.

El carácter integral se encuentra relacionado con la necesaria continuidad del tratamiento¹⁹³.

2.3.1.4.- Promoción de la autonomía personal y de la participación del paciente.

El tratamiento debe estimular la autonomía personal, como indica el Principio 9.4 UNPMI'91¹⁹⁴. Aún en los casos de tratamiento involuntario debe promoverse la participación del paciente. Lo cual tiene una doble implicación:

- Ha de facilitarse la participación del paciente en la medida en que ello sea posible. Este enunciado ya estaba presente en el WP-CDBI'2000¹⁹⁵ y aparece reconocido en la Rec (2004) 10 (art. 12.1):

“En la medida de lo posible, el plan de tratamiento debe ser elaborado tras consultar con la persona concernida, teniendo en cuenta su opinión”.

Y el art. 19.2.de esta Recomendación añade:

“Artículo 19. Principios relativos al tratamiento involuntario.

¹⁹³ Sobre la continuidad de cuidador, por ejemplo: WHOAmsterdam'94: “5.4. Patients have the right to continuity of care, including cooperation between all health care providers and/or establishments which may be involved in their diagnosis, treatment and care”.

¹⁹⁴ “El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal”.

¹⁹⁵ “11. The human rights of people suffering from mental disorder, in particular those placed as involuntary patients

4. Furthermore, the treatment and care of the patient should be based on an individually prescribed scheme, discussed with the patient,...

2. Además de las condiciones señaladas en el art. 12.1, el plan de tratamiento deberá:

- i. en la medida de lo posible, ser elaborado tras consultar con la persona concernida.
- ii. ser reevaluado a intervalos apropiados y, de ser necesario, modificado cada vez que sea preciso, tras consultar con la persona concernida y, en su caso, con la persona de confianza o representante de la misma”.

- Cuando las condiciones del tratamiento involuntario desaparezcan, será el paciente quien haya de consentir el mismo. Esta especificación se encuentra, por ejemplo, en la DHawaii-II’83, y probablemente debiera tenerse en consideración:

“6. As soon as the conditions for compulsory treatment no longer apply, the psychiatrist should release the patient from compulsory nature of the treatment and if further therapy is necessary should obtain voluntary consent”.

La Rec (2004) 10 señala al respecto:

“Artículo 19. Principios relativos al tratamiento involuntario.

1. El tratamiento involuntario deberá:

v. tener por objetivo recurrir, lo antes posible, a un tratamiento aceptado por la persona”.

2.3.1.5.- Principio de menor restricción.

El principio de menor restricción ya estaba contemplado en el WPA-RLSMI-Athens’89:

“Involuntary intervention must be carried out in accordance with the least restrictive principle”.

Y también en los UNPMI’91:

“Principio 9. Tratamiento

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros”.

Este principio se encuentra detallado en el art. 8 Rec (2004) 10, y comprende, tanto al tratamiento como al internamiento involuntario:

“Las personas aquejadas de trastornos mentales deben tener el derecho de ser cuidadas en el entorno disponible menos restrictivo posible y beneficiarse del tratamiento disponible menos restrictivo o que implique menor intrusión, teniendo en cuenta las exigencias derivadas de su estado de salud y de la seguridad de terceros”.

2.3.1.6.- Revisión periódica.

La periódica revisión del tratamiento del paciente es obligada a fin de evaluar si perduran o no las condiciones para la administración del mismo. El WP-CDBI’200, señala al respecto:

“11. The human rights of people suffering from mental disorder, in particular those placed as involuntary patients

4. Furthermore, the treatment and care of the patient should be reviewed regularly, revised as necessary,..."¹⁹⁶.

Finalmente, la Rec (2004) 10 establece en su art. 12.1:

"...Este plan debe ser reevaluado regularmente y modificado si fuera necesario".

Y el art. 29.2.ii de esta Recomendación añade:

"Artículo 19. Principios relativos al tratamiento involuntario.

2. Además de las condiciones señaladas en el art. 12.1, el plan de tratamiento deberá:

ii. ser reevaluado a intervalos apropiados y, de ser necesario, modificado cada vez que sea preciso, tras consultar con la persona concernida y, en su caso, con la persona de confianza o representante de la misma".

2.3.1.7.- Documentación.

El Principio 11.10 UNPMI'91 es claro y explícito y puede convenir tenerlo presente por ello:

"Todo tratamiento deberá registrarse de inmediato en el historial clínico del paciente y se señalará si es voluntario o involuntario".

Efectivamente, es fundamental dejar constancia en las historias clínicas de si el tratamiento es o no voluntario.

Junto a lo anterior es preciso enunciar con precisión las circunstancias que indican la necesidad de administrar el tratamiento involuntariamente. La Rec 1235 (1994) señaló (7.ii.c):

"[T]here must be an accurate and detailed recording of the treatment given to the patient".

Por su parte la Rec (2004) 10 afirma:

"Artículo 19. Principios relativos al tratamiento involuntario.

1. El tratamiento involuntario deberá:

iii. formar parte de un plan de tratamiento escrito;

iv. estar reflejado por escrito".

2.3.2.- Relación entre el internamiento y el tratamiento.

El WP-CDBI'2000 se planteó una cuestión ya tradicional: la distinción entre internamiento y tratamiento:

"3. The criteria for the involuntary placement in a psychiatric establishment and for involuntary treatment

The Working Party considered that deprivation of liberty occurring as a result of involuntary placement or administration of an involuntary treatment should always be accompanied by procedures to protect the rights of the person concerned.

It added that a distinction had to be made between the legal ground for involuntary placement and the legal ground for involuntary treatment. In other words, this means that the involuntary

¹⁹⁶ El enunciado es idéntico al Principio 9.2 UNPMI'91:

placement as such does not mean that the patient can in any event be treated against his/her will, nor that involuntary treatment should inevitably require involuntary placement.
Is a distinction between involuntary placement and treatment valid and meaningful?”.

De hecho, la ECHR tuvo ocasión de manifestar en el caso *Winterwerp v. The Netherlands*:

“51. ...The Court considers, as does the Commission, that a mental patient’s right to treatment appropriate to his condition cannot as such be derived from Article 5 para. 1 (e) (art. 5-1-e)”.

Parece pertinente una mayor concreción en esta materia.

2.3.3.- Supuestos admitidos.

La CHRB’97 contempla la posibilidad de tratamiento involuntario en determinados supuestos:

“Artículo 7. Protección de las personas que sufran trastornos mentales
La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso”.

Posteriormente el WP-CDBI’2000 abordó la cuestión de forma muy detallada:

“3. The criteria for the involuntary placement in a psychiatric establishment and for involuntary treatment

...

A number of criteria should be met before involuntary placement or treatment occurs:

- a. The existence of a mental disorder must be recognised or assessment required to determine whether a mental disorder is present
- b. This mental disorder must represent
 - i. a serious danger to the person concerned (including to his/her health) and/or
 - ii. a serious danger to other persons (provided that the placement or the treatment or both are likely to be beneficial to the person concerned in all cases).
- c. The person in question is capable of consent and does not consent to the placement or treatment (the person is capable of consent but explicitly refuses or does not react) or the person is incapable of consent and refuses placement or treatment (it was underlined that involuntary placement or treatment could in particular be used in certain cases where, for instance, the person concerned does not persistently agree to the measure and may therefore change his/her mind frequently as to his/her agreement to placement or treatment).
- d. Means of giving the patient the appropriate care which is less restrictive than involuntary placement are not available. In this context, mention has been made of the alternatives to placement, which might include immediate access to the various forms of open care (eg. day hospitalisation, daily nursing support in the home, effective psychosocial treatments, social welfare assistance). Member States must ensure that measures are taken to make alternatives to placement as widely available as possible”.

Inspirado en los anteriores textos la Rec (2004) 10 regula los “criterios para el tratamiento involuntario” en su art. 18:

“Artículo 18. Criterios para el tratamiento involuntario.

Una persona puede ser sometida a tratamiento involuntario sólo si reúne las siguientes condiciones:

- i. la persona está aquejada de un trastorno mental;
- ii. el estado de la persona comporta un riesgo real de daño grave para su salud o para otro;
- iii. no está disponible otro medio menos restrictivo para proporcionar los cuidados apropiados.
- iv. la opinión de la persona concernida ha sido tenida en consideración”.

La Rec (2004) 10 sí da respuesta a algunas de las cuestiones que planteaba el WP-CDBI'2000:

- Se preguntaba el WP-CDBI'2000: “Is a distinction between involuntary placement and treatment valid and meaningful?”. Efectivamente la Rec (2004) 10 da respuesta a la cuestión, diferenciando los criterios del internamiento y del tratamiento de forma diferenciada (arts. 17 y 18, respectivamente) y estableciendo unos principios específicos del tratamiento involuntario (art. 19). No obstante los procedimientos son similares en uno y otro caso (art. 20).
- Y también se preguntaba el WP-CDBI'2000: “Is the concept of 'risk' preferable to that of 'danger'?”. Y, efectivamente, la Rec (2004) 10 se ha inclinado por utilizar el concepto de “riesgo” (art. 18.ii).

Sin embargo, otras cuestiones han quedado sin respuesta:

- Se preguntaba el WP-CDBI'2000: “Should the grounds for detention for assessment in the absence of definite signs of a mental disorder be defined? If so, how?”. La Rec (2004) 10 no ha proporcionado respuesta a esta cuestión.
- Se preguntaba el WP-CDBI'2000: “Should the concept of benefit for the person concerned be further defined?”. Y la Rec (2004) 10 no ha dado respuesta a la cuestión.
- Se preguntaba el WP-CDBI'2000: “Given the serious nature of this legislation, should legislation specify certain alternatives which should always be available? If so, which?”. La Rec (2004) 10 en su art. 8 consagra el principio de menor restricción, pero no detalla cuales son las alternativas concretas¹⁹⁷.

En fin, en algún caso, la Rec (2004) 10 da respuesta parcial o si se quiere muy genérica. Así, se preguntaba el WP-CDBI'2000: “Should proposals for determination and definition of the required level of dangerousness be included in legislation?”. La Rec (2004) 10 emplea el término: “un riesgo real de daño grave a su salud o para otro”. Probablemente sea muy difícil poder ser más concreto.

2.3.4.- Procedimiento de autorización.

2.3.4.1.- Procedimiento ordinario.

¹⁹⁷ “Artículo 8. Principio de restricción mínima.

Las personas aquejadas de trastornos mentales deben tener el derecho de ser cuidadas en el entorno disponible menos restrictivo posible y beneficiarse del tratamiento disponible menos restrictivo o que implique menor intrusión, teniendo en cuenta las exigencias derivadas de su estado de salud y de la seguridad de terceros”.

La CHR'B'97 prevé la posibilidad de tratamiento sin consentimiento del paciente cuando esté en riesgo grave la salud de éste, pero cumpliendo con los requisitos legalmente previstos:

“Artículo 7. Protección de las personas que sufran trastornos mentales

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

Como señaló la WPA-RLSMI-Athens'89, las más estrictas garantías son aquí exigibles ya que están en juegos y derechos y libertades fundamentales:

“Involuntary intervention is a great infringement of the human rights and the fundamental freedom of a patient. Therefore, specific and carefully defined criteria and safeguards are needed for such intervention. Hospitalization or treatment against the will of a patient should not be carried out, unless the patient suffers from serious mental illness. Involuntary intervention must be carried out in accordance with the least restrictive principle”.

Dos son los requisitos básicos para poder proceder al tratamiento involuntario, a juicio del WP-CDBI'2000:

“4. The procedures for taking a decision of involuntary placement and of involuntary treatment

2. In the course of its work, the Working Party expressed the opinion that it was necessary that:

- the patient be examined by a psychiatrist or a medical doctor having the requisite experience and competence, in particular as regards risk assessment, in order for a decision on involuntary placement or extension of involuntary placement or for a decision on involuntary treatment or its extension to be taken.

- the decision confirming involuntary placement or treatment should be taken by a relevant independent authority, which should base its decision on valid and reliable standards of medical expertise”.

Ambos requisitos son incorporados al art. 20 Rec (2004) 10:

“Artículo 20. Procedimiento para tomar la decisión de internamiento y/o tratamiento involuntarios.

Decisión.

1. La decisión de someter a una persona a internamiento involuntario debe ser adoptada por un tribunal u otra instancia competente. Dicho tribunal o instancia deberá:

i. tener en consideración la opinión de la persona concernida;

ii. adoptar la decisión de acuerdo a los procedimientos legalmente previstos, sobre la base de que la persona ha sido vista y consultada.

2. La decisión de someter a una persona a tratamiento involuntario debe ser adoptada por un tribunal u otra instancia competente. Dicho tribunal o instancia deberá:

i. tener en consideración la opinión de la persona concernida;

ii. adoptar la decisión de acuerdo a los procedimientos legalmente previstos, sobre la base de que la persona ha sido vista y consultada.

En todo caso la ley debe prever que cuando una persona sea objeto de internamiento involuntario, la decisión de que sea sometida a tratamiento involuntario debe ser tomada por un médico que posea la competencia y experiencia precisas, tras un examen de la persona concernida y teniendo en consideración el parecer de ésta.

3. Toda decisión de someter a una persona a un internamiento o tratamiento involuntario debe estar consignada por escrito e indicar el periodo máximo en el cual, conforme a la ley, debe ser reevaluada. Y ello sin perjuicio de los derechos de la persona concernida a las reevaluaciones y recursos, de acuerdo a lo dispuesto en el art. 25.

Procedimientos previos a la decisión.

4. El internamiento o tratamiento involuntarios, o su prolongación, no deben llevarse a cabo más que sobre la base de un examen por parte de un médico que posea la competencia y experiencia precisas y de acuerdo a normas profesiones válidas y fiables.

5. El médico o instancia competente debe consultar a los allegados de la persona concernida, salvo que esta se opusiera, si no pudiera llevarse tal consulta a efecto por razones prácticas o si, por otras razones, tal consulta no es apropiada.

6. Todo representante de la persona concernida deberá ser informado y consultado”.

Al respecto se plantean las siguientes cuestiones:

a) “El internamiento o tratamiento involuntarios, o su prolongación, no deben llevarse a cabo más que sobre la base de un examen por parte de un médico que posea la competencia y experiencia precisas y de acuerdo a normas profesiones válidas y fiables”

[art. 20.4 Rec (2004) 10]. Este requisito ya había sido expuesto en el WP-CDBI’2000 (“psychiatrist or a medical doctor having the requisite experience and competence”) que, sin embargo, incorporaba un parámetro de actuación que no quedó reflejado en la Rec (2004) 10 (“in particular as regards risk assessment”). No obstante, la Rec (2004) 10 sí incorporó una mención a los estándares profesionales (“normas profesiones válidas y fiables”; el WP-CDBI’2000 hablaba de “valid and reliable standards of medical expertise”), lo cual parece bastante adecuado, ya que está en sintonía con otras Declaraciones internacionales.

Así los UNPMI’91 señalan, en el ya citado Principio 4.1:

“La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente”.

Y la WHOAmsterdam’94 afirma:

“5.3. Patients have the right to a quality of care which is marked both by high technical standards and by a humane relationship between the patient and health care providers”.

Además, es preciso tener en cuenta la previsión que en su día hizo la Rec 1235 (1994) para los internamientos involuntarios, pero que no habría mayor dificultad en extender al tratamiento involuntario, y que probablemente debiera ser incorporada a un instrumento futuro:

“7. The Assembly therefore invites the Committee of Ministers to adopt a new recommendation based on the following rules:

i. Admission procedure and conditions:

e.a code of ethics for psychiatrists should be drawn up inter alia on the basis of the Hawaii Declaration approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association in Vienna in 1983”.

Asimismo, teniendo a la vista el Principio 9.3 UNPMI'91, podría hacerse mención o incorporarse lo establecido en el mismo¹⁹⁸.

b) “La decisión de someter a una persona a tratamiento involuntario debe ser adoptada por un tribunal u otra instancia competente” (art. 20.2 (Rec (2004) 10]. Ningún problema plantea la definición de “court” (“tribunal”); la Rec (2004) 10 afirma: “‘tribunal’ hace referencia a un tribunal o instancia jurisdiccional similar”. No sucede así con el término “competent body” (“instancia competente”). La Rec (2004) 10 lo define del siguiente modo:

“‘instancia competente’ designa a una autoridad, persona o instancia prevista por la ley, distinta de la persona o instancia que propone una medida involuntaria y que puede adoptar una decisión independiente”.

Los UNPMI'91 emplearon otra nomenclatura:

“Por ‘autoridad independiente’ se entenderá una autoridad competente e independiente prescrita por la legislación nacional”.

La introducción de esta figura en el ámbito del Consejo de Europa requiere una breve explicación. La Rec 1235 (1994) no mencionaba al “órgano competente”. Por el contrario, su apartado 7.i.b, refiriéndose al internamiento involuntario afirmaba: “in the event of compulsory admission, the decision regarding placement in a psychiatric institution must be taken by a judge”, no añadiendo mayores especificaciones en el caso del tratamiento.

Sin embargo, el WP-CDBI'2000 dejó constancia de que existían países europeos en los que la decisión sobre el internamiento involuntario recaía sobre órganos no judiciales¹⁹⁹. Y ello es precisamente lo que justificó la introducción en el WP-CDBI'2000 de la noción de “órgano competente”. Ahora bien, la Rec (2004) 10 dará un paso más, al exigir que “la decisión de someter a una persona a internamiento involuntario debe ser adoptada por un tribunal u otra instancia competente” (art. 20.1), pero también al exigir que “la decisión de

¹⁹⁸ “Mental health care shall always be provided in accordance with applicable standards of ethics for mental health practitioners, including internationally accepted standards such as the Principles of Medical Ethics adopted by the United Nations General Assembly. Mental health knowledge and skills shall never be abused”. Vid. Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Adopted by General Assembly resolution 37/194 of 18 December 1982.

¹⁹⁹ “3. The Working Party had considered at length the notion of “relevant independent authority”. In particular, it took into consideration Recommendation 1235 (1994) of the Parliamentary Assembly on psychiatry and human rights, which advocates that the decision of placement be taken by a judge. It was also informed that in several member States this decision could be taken by bodies other than courts. It noted that case-law of the European Court of Human Rights had never required the initial placement decision to be taken by a court or court-like body. In the opinion of the Working Party, the relevant question was the independence of the body or authority which takes the decision of placement, the independence of which could be verified by the fact that it was a different authority than the one which proposed the measure and by the fact that its decision was a sovereign decision not influenced by instructions from any source whatsoever. It was thus noted that, in some countries, the relevant authority may be a doctor authorised to take such a decision within a psychiatric establishment, for example, who should be independent in relation to the doctor who proposed the placement measure, in others, it may be a social worker or hospital manager, who may work alongside the doctor examining the patient for the purposes of involuntary placement. Furthermore, such an authority should ensure that social care aspects are duly taken into consideration”.

someter a una persona a tratamiento involuntario debe ser adoptada por un tribunal u otra instancia competente” (art. 20.2).

c) La representación legal y el sistema de consultas. En esta materia pueden distinguirse varias cuestiones.

- Las consultas y la opinión del paciente. La participación del paciente en el plan de tratamiento ya se encontraba prevista en el Principio 9.2 UNPMI’91²⁰⁰. El WP-CDBI’2000 destacó asimismo este importante principio de intervención²⁰¹. Finalmente la Rec (2004) 10 lo recoge y detalla singularmente:

“Artículo 20. Procedimiento para tomar la decisión de internamiento y/o tratamiento involuntarios.

Decisión.

2. La decisión de someter a una persona a tratamiento involuntario debe ser adoptada por un tribunal u otra instancia competente. Dicho tribunal o instancia deberá:

- i. tener en consideración la opinión de la persona concernida;
- ii. adoptar la decisión de acuerdo a los procedimientos legalmente previstos, sobre la base de que la persona ha sido vista y consultada.

En todo caso la ley debe prever que cuando una persona sea objeto de internamiento involuntaria, la decisión de que sea sometida a tratamiento involuntario debe ser tomada por un médico que posea la competencia y experiencia precisas, tras un examen de la persona concernida y teniendo en consideración el parecer de ésta”.

- La consulta a familiares y allegados. El WP-CDBI’2000 dedicó particular atención a esta cuestión²⁰². Y la Rec (2004) 10 efectivamente también alude a la misma en los siguientes términos:

“Artículo 20. Procedimiento para tomar la decisión de internamiento y/o tratamiento involuntarios.

5. El médico o instancia competente debe consultar a los allegados de la persona concernida, salvo que esta se opusiera, si no pudiera llevarse tal consulta a efecto por razones prácticas o si, por otras razones, tal consulta no es apropiada”.

Sin embargo la Rec (2004) 10 no da contestación a algún interrogante que se planteaba el WP-CDBI’2000:

²⁰⁰ “The treatment and care of every patient shall be based on an individually prescribed plan, discussed with the patient, reviewed regularly, revised as necessary and provided by qualified professional staff”.

²⁰¹ “4. The procedures for taking a decision of involuntary placement and of involuntary treatment
4. ... under this procedure, the patient should be able to state their views and opinions on the placement and this should be taken into consideration by the relevant independent body”.

²⁰² “4. The procedures for taking a decision of involuntary placement and of involuntary treatment
5. When examining this question, the Working Party considered the view that the family and other people close to the patient should be consulted on involuntary placement or treatment and agreed that they should be consulted only if the patient consents, or if there are wider issues of public safety which mean that family members and other people close to the patient can be consulted without the patient's consent. Furthermore, information for the family and other people close to the patient about the reasons on which the involuntary placement or treatment are based should be given promptly and in an appropriate manner which, inter alia, enables the family and other close people to understand it. The Working Group are however aware that, in certain cases, the interests of the members of the family may not be those of the patient”.

“Should family members always be consulted about an individual patient's detention or about the patient's involuntary treatment? Should others 'close to the patient' take precedence over family members on any occasion?”.

- La consulta al representante personal del paciente. Dicha consulta ya estaba enunciada en el WP-CDBI'2000²⁰³. La Rec (2004) 10 recogerá una referencia al tema en su art. 20.6:

“Todo representante de la persona concernida deberá ser informado y consultado”.

La referencia es, sin duda, escueta y deja sin resolver alguna cuestión que en su día planteó el WP-CDBI'2000:

“Should family members always be consulted about an individual patient's detention or about the patient's involuntary treatment? Should others 'close to the patient' take precedence over family members on any occasion?”.

Además de lo anterior no se ha detallado en qué consiste dicha consulta o, en otros términos, si es o no vinculante. Y, de serlo en general, cuales son las excepciones. Por ejemplo, el Principio 11.7 UNPMI señala:

“La disposición del párrafo 6 *supra* no se aplicará cuando el paciente tenga un representante personal facultado por ley para dar su consentimiento respecto del tratamiento del paciente; no obstante, salvo en los casos previstos en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, se podrá aplicar un tratamiento a este paciente sin su consentimiento informado cuando, después que se le haya proporcionado la información mencionada en el párrafo 2 del presente principio, el representante personal dé su consentimiento en nombre del paciente”.

Sin embargo, puede darse el caso de que el representante no consienta, y el médico considere que la intervención es en interés del paciente. Se echa en falta pues una regla del tipo de la contenida en la WHOAmsterdam'94:

“3.6. If a legal representative refuses to give consent and the physician or other provider is of the opinion that the intervention is in the interest of the patient, then the decision must be referred to a court or some form of arbitration”.

2.3.4.2.- Procedimiento de urgencia.

En todo tipo de Declaraciones internacionales y en todas las legislaciones nacionales se encuentra alguna previsión relativa al tratamiento involuntario en caso de urgencia. Por ejemplo, en los UNPMI'91 se dice:

“Principio 11. Consentimiento para el tratamiento

²⁰³ “4. The procedures for taking a decision of involuntary placement and of involuntary treatment.

6. Lastly, it considered that in the case of the involuntary placement or treatment of a person suffering from mental disorder having a legal representative nominated by the patient, the said representative should be informed and consulted, it being understood that it was up to the patient or his/her close family or friends to indicate the existence of such a representative to the relevant authority. It was further noted that, except in cases where the best interests of the person concerned so require (for example in cases where the person suffers from such a serious mental disorder that he/she needs a guardian), the assistance of a legal representative should not be compulsory”.

8. Salvo lo dispuesto en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, también se podrá aplicar un tratamiento a cualquier paciente sin su consentimiento informado si un profesional de salud mental calificado y autorizado por ley determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas. Ese tratamiento no se aplicará más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito”.

El CHR B’97 también contiene una previsión al respecto:

“Artículo 8. Situaciones de urgencia

Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada”.

Cuando el tema se abordó en el WP-CDBI’2000, éste entendió que en tales supuestos era preceptivo que se emitiera un informe facultativo, se tuviera en cuenta la opinión del paciente concernido y se documentara la intervención, advirtiéndose además que debería evitarse el recurso a esta modalidad de tratamiento “with the aim to avoid applying normal procedures”²⁰⁴. Finalizaba la exposición planteándose el siguiente interrogante:

“Are there any other necessary safeguards relating to emergency situations?”.

La Rec (2004) 10, en su art. 21 detallada los requisitos para llevar a cabo un tratamiento en situaciones de urgencia:

“Artículo 21. Procedimientos para la toma de decisión sobre internamiento y/o tratamiento involuntario en casos de urgencia.

1. Los procedimientos previstos en situaciones de urgencia no deberán ser utilizados para eludir las disposiciones enunciadas en el art. 20.
2. En el marco de un procedimiento de urgencia:

²⁰⁴ “5. The procedures for involuntary placement and treatment in cases of emergency

1. It would seem neither reasonable nor advisable, inter alia because of the immediate danger to the person concerned and/or others in an emergency situation – i.e. a situation in which an immediate danger to the person concerned and/or to others exist and where the opinion of a psychiatrist can not be obtained immediately- to always await the placement or treatment decision of the relevant independent authority. The Working Party has thus considered that, in an emergency situation, the involuntary placement and treatment can take place without the relevant independent authority having taken the decision but on the basis of a valid and reliable medical opinion following medical examination of the patient with a view to the placement and treatment. The Working Party nevertheless underlined that the emergency procedures should not be used with the aim to avoid applying normal procedures.

2. In these circumstances, the relevant independent authority should take a documented and formal decision on the involuntary placement and treatment as soon as possible, on the basis of a valid and reliable psychiatric opinion, after seeking the opinion of the person concerned. It also seemed advisable to consider that, when taking its decision, the relevant authority should again also bear in mind the other possibilities offered by the community (day hospitalisation, effective psychosocial treatments, social welfare assistance, etc.), having regard to any change in the patient's state of health following the placement.

3. When adopting this position, the experts based themselves in particular on the case-law of the European Convention on Human Rights, which requires no prior decision by the relevant authority in an emergency situation. Indeed, the judgement of the European Court of Human Rights of 5 November 1981 in the X. v. United Kingdom case states in particular the following: “ ... the Winterwerp judgement expressly identified 'emergency cases' as constituting an exception to the principle that the individual concerned should not be deprived of his liberty unless he has been reliably shown to be of 'unsound mind'...”.

Are there any other necessary safeguards relating to emergency situations?”.

- i. el internamiento o tratamiento involuntario no deben llevarse a efecto más que durante un breve período, sobre la base de una evaluación médica apropiada a la medida;
 - ii. los apartados 5 y 6 del artículo 20 deberán ser respetados en la mayor medida posible;
 - iii. toda decisión de someter a una persona a un internamiento o tratamiento involuntario deberá estar consignada por escrito, indicando el período máximo en el cual, conforme a la ley, debe ser oficialmente reevaluada. Ello se entiende sin perjuicio de los derechos de la persona concernida a las revisiones y recursos, de acuerdo a lo dispuesto en el art.25.
3. Si la medida debe prolongarse más allá de la situación de urgencia, un tribunal u otra instancia competente deberá adoptar las decisiones relativas a dicha medida, tan pronto como sea posible, de acuerdo a lo dispuesto en el art. 20”.

Se han incorporado pues a la Rec (2004) 10, algunas garantías sobreañadidas a las previstas en el WP-CDBI’2000: a) “involuntary treatment should only take place for a short period of time”, b) “paragraphs 5 and 6 of Article 20 should be complied with as far as possible”²⁰⁵, c) “the person's rights to reviews and appeals” and d) “If the measure is to be continued beyond the emergency situation, a court or another competent body should take decisions on the relevant measure, in accordance with Article 20, as soon as possible”.

No parece discutible que deba seguir existiendo una regulación sobre el tratamiento de urgencia. Sigue siendo válido el requisito de que: “Una persona puede ser sometida a tratamiento involuntario sólo si reúne las siguientes condiciones: i. la persona está aquejada de un trastorno mental” [art. 18.i Rec (2004) 10]. Pero también sigue siendo válida la afirmación que en su día hizo la ECHR en el caso *Winterwerp v. The Netherlands*:

“39. ... In the Court’s opinion, except in emergency cases, the individual concerned should not be deprived of his liberty unless he has been reliably shown to be of “unsound mind””.

La situación de urgencia, en la que “existe un inminente peligro para la persona concernida o para terceros”, justifica que las garantías formales –tan necesarias en otro caso– cedan ante bienes superiores (la vida, la salud o la seguridad del paciente o de terceros). Y en ello hay común acuerdo. Por ejemplo, la WHOAmsterdam’94 también contiene una previsión acerca de esta modalidad de tratamiento²⁰⁶. Como señaló la sentencia del caso *R.L. and M.J.D. v. France*, hay que respetar las normas de fondo y procedimentales (art. 5.1 ECHR’50), pero al mismo tiempo los Estados tienen un elevado poder normativo en casos de urgencia²⁰⁷. Y los casos *X v. The United Kingdom*²⁰⁸ y *Varbanov v. Bulgaria*²⁰⁹, precisamente citados por la sentencia precedente, son buena muestra de ello.

²⁰⁵ “5. That doctor or the competent body should consult those close to the person concerned, unless the person objects, it is impractical to do so, or it is inappropriate for other reasons.
6. Any representative of the person should be informed and consulted”.

²⁰⁶ “3.4. When the consent of a legal representative is required and the proposed intervention is urgently needed, that intervention may be made if it is not possible to obtain, in time, the representative’s consent”.

²⁰⁷ “112. La Cour rappelle que l’article 5 § 1 de la Convention renvoie pour l’essentiel à la législation nationale et consacre l’obligation d’en respecter les normes de fond comme de procédure, mais il exige, de surcroît, que la privation de liberté intervenue ne soit pas contraire au but de cet article, qui est de protéger l’individu contre l’arbitraire (*Winterwerp c. Pays-Bas*, arrêt du 24 octobre 1979, série A n° 33, p. 17, § 39, et *Hutchison Reid c. Royaume-Uni*, n° 50272/99, 20 février 2003, § 46).

113. Elle rappelle également la grande latitude dont les Etats contractants disposent dans de tels cas en matière d’internement au titre de l’urgence (*X c. Royaume-Uni*, arrêt du 5 novembre 1981, série A n° 46, p. 18, § 41, et *Varbanov c. Bulgarie*, n° 31365/96, 5 octobre 2000, CEDH 2000-X, § 47) ”.

2.3.5.- Duración y revisión.

Señaló el WP-CDBI'2000 que el tratamiento involuntario debe finalizar cuando dejen de concurrir los criterios para el mismo²¹⁰.

²⁰⁸ “41. The applicant’s counsel argued that the recall procedures established under section 66 of the 1959 Act, since they do not lay down any minimum conditions comparable to those stated in the Winterwerp judgment, and in particular the need for objective medical evidence, were incompatible with Article 5 par. 1 (e) (art. 5-1-e). The unfettered discretion vested in the Home Secretary meant, so it was submitted, that any recall decision, even one taken in good faith, must by its very nature be arbitrary.

Section 66 par. 3 is, it is true, framed in very wide terms; the Home Secretary may at any time recall to hospital a "restricted patient" who has been conditionally discharged. Nevertheless, it is apparent from other sections in the Act that the Home Secretary’s discretionary power under section 66 par. 3 is not unlimited. Section 147 par. 1 defines a "patient" as "a person suffering or appearing to be suffering from a mental disorder" and section 4 par. 1 defines "mental disorder" as "mental illness, arrested or incomplete development of mind, psychopathic disorder or any other disorder or disability of mind". According to the Government, it is implicit in section 66 par. 3 that unless the Home Secretary on the medical evidence available to him decides that the candidate for recall falls within this statutory definition, no power of recall can arise.

Certainly, the domestic law itself must be in conformity with the Convention, including the general principles expressed or implied therein (see, *mutatis mutandis*, the above-mentioned Winterwerp judgment, p. 19, par. 45). However, section 66 par. 3, it should not be forgotten, is concerned with the recall, perhaps in circumstances when some danger is apprehended, of patients whose discharge from hospital has been restricted for the protection of the public (section 65 par. 1 of the 1959 Act - see paragraph 11 above). The Winterwerp judgment expressly identified "emergency cases" as constituting an exception to the principle that the individual concerned should not be deprived of his liberty "unless he has been reliably shown to be of 'unsound mind'" (*ibid.*, p. 18, par. 39); neither can it be inferred from the Winterwerp judgment that the "objective medical expertise" must in all conceivable cases be obtained before rather than after confinement of a person on the ground of unsoundness of mind. Clearly, where a provision of domestic law is designed, amongst other things, to authorise emergency confinement of persons capable of presenting a danger to others, it would be impracticable to require thorough medical examination prior to any arrest or detention. A wide discretion must in the nature of things be enjoyed by the national authority empowered to order such emergency confinements. In the Court’s view, the terms of section 66 par. 3, read in their context, do not grant an arbitrary power to the Home Secretary; nor are they such that they exclude observance in individual cases of the principles stated in the Winterwerp judgment (see, *mutatis mutandis*, the Ireland v. the United Kingdom judgment of 18 January 1978, Series A no. 25, p. 91, par. 240).

Having regard to the foregoing considerations, the conditions under the 1959 Act governing the recall to hospital of restricted patients do not appear to be incompatible with the meaning under the Convention of the expression "the lawful detention of persons of unsound mind". What remains to be determined is whether the manner in which section 66 par. 3 was in fact applied in relation to X gave rise to a breach of Article 5 par. 1 (e) (art. 5-1-e)”.

²⁰⁹ “47. The Court considers that no deprivation of liberty of a person considered to be of unsound mind may be deemed in conformity with Article 5 § 1 (e) of the Convention if it has been ordered without seeking the opinion of a medical expert. Any other approach falls short of the required protection against arbitrariness, inherent in Article 5 of the Convention.

The particular form and procedure in this respect may vary depending on the circumstances. It may be acceptable, in urgent cases or where a person is arrested because of his violent behaviour, that such an opinion be obtained immediately after the arrest. In all other cases a prior consultation is necessary. Where no other possibility exists, for instance due to a refusal of the person concerned to appear for an examination, at least an assessment by a medical expert on the basis of the file must be sought, failing which it cannot be maintained that the person has reliably been shown to be of unsound mind (see the X v. the United Kingdom judgment of 5 November 1981, Series A no. 46).

Furthermore, the medical assessment must be based on the actual state of mental health of the person concerned and not solely on past events. A medical opinion cannot be seen as sufficient to justify deprivation of liberty if a significant period of time has elapsed”.

²¹⁰ “13. The termination of involuntary placement and treatment

2.3.6.- Tratamientos especiales.

La Rec (2004) 10 regula los “tratamientos específicos” en su art. 28. Sin embargo, sólo hace mención a los “tratamientos para el trastorno mental”. Éstos, pueden ser de dos tipos: a) “tratamiento para el trastorno mental que no produzca efectos físicos irreversibles, pero que pueda implicar una intrusión significativa” y b) “un tratamiento para el trastorno mental, que pueda producir efectos físicos irreversibles”. No regula intervenciones físicas invasivas o irreversibles, ajenas al trastorno mental, intervenciones que sin embargo, como a continuación se verá, sí están contempladas en otros instrumentos internacionales.

Probablemente fuera necesario diferenciar entre tratamientos psiquiátricos y no psiquiátricos. Un capítulo aparte merecen los ensayos clínicos (Vid. **1.6.5**).

2.3.6.1.- Tratamientos psiquiátricos.

2.3.6.1.1.- Medicación.

El Principio 10 UNPMI’91 señala:

“La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros. Con sujeción a las disposiciones del párrafo 15 del principio 11 infra, los profesionales de salud mental sólo administrarán medicamentos de eficacia conocida o demostrada.

2. Toda la medicación deberá ser prescrita por un profesional de salud mental autorizado por la ley y se registrará en el historial del paciente”.

Un precepto análogo no se recoge, por ejemplo, en la Rec (2004) 10 y probablemente no estaría de más su incorporación a un instrumento futuro.

2.3.6.1.2.- Terapia electroconvulsiva.

La Rec 1235 (1994) contiene una específica mención a este tipo de terapia:

“7. The Assembly therefore invites the Committee of Ministers to adopt a new recommendation based on the following rules:

ii. Treatment:

b. lobotomies and electroconvulsive therapy may not be performed unless informed written consent has been given by the patient or a person, counsellor or guardian, chosen by the patient as his or her representative and unless the decision has been confirmed by a select committee not composed exclusively of psychiatric experts”.

Sin embargo, en la posterior Rec (2004) 10 no se recoge ninguna previsión al respecto. Y ello, a pesar de que el WP-CDBI’2000 sí trató la cuestión:

1. The Working Party felt that involuntary placement or treatment should be terminated when criteria for involuntary placement or treatment are no longer met; the medical doctor, the establishment and the independent authority should have the competence to put an end to the involuntary placement in view of the criteria mentioned under point 3. above. It was underlined that the psychiatrist in charge of the care of the patient should be responsible for assessing whether the patient still meets the criteria for involuntary placement or treatment”.

“7. Special treatments

1. These treatments remain controversial. Although it already reached a number of provisional conclusions on this matter, the Working Party would wish to know the views of the addressees of the present document on the subject.

2. Research into electroconvulsive therapy has shown it to be effective in cases of depressive illness, for example. Electroconvulsive therapy is now administered in conjunction with an anaesthetic and muscle relaxants; the use of non modified electroconvulsive therapy should be strictly prohibited. In severe depressive illness, emergency administration in the absence or, rarely, against a patient's consent may be warranted because of the severity of the illness and lack of effective alternatives. Electroconvulsive therapy should be administered in circumstances in which the dignity of the patient is always fully respected”.

Los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 8º Informe General, CPT/Inf (98) 12, par. 39, también aluden a esta terapia, mostrando su preocupación por la existencia de prácticas inadecuadas y enunciando algunas garantías para una correcta administración:

“39. La terapia electroconvulsiva (ECT) es una forma reconocida de tratamiento a los pacientes psiquiátricos que sufren algún tipo determinado de desorden. Sin embargo, se debería prestar mucha atención a que la ECT concuerde con el plan de tratamiento del paciente y su administración debe estar acompañada de las garantías necesarias.

Al CPT le preocupa particularmente encontrar lugares en los que la ECT se administra en su forma no modificada (es decir, sin relajantes anestésicos y musculares); este método no puede ser ya considerado aceptable en la práctica de la psiquiatría moderna. Aparte del riesgo de fracturas y otras consecuencias médicas adversas, el proceso mental es degradante tanto para el paciente como para el personal implicado. Por consiguiente, la ECT se debería siempre administrar en su forma modificada.

La ECT debe ser administrada fuera de la vista de otros pacientes (preferiblemente en una sala que esté aparte y que haya sido equipada para dicho propósito), por personal que haya sido entrenado específicamente para suministrar dicho tratamiento. Además, la administración de la ECT será registrada en detalle en un archivo específico. Solo de esta manera, se podrán identificar claramente las prácticas indeseables por parte de la dirección del hospital y ser discutidas con el personal”.

Podría reflexionarse sobre la regulación de esta intervención, que aún se administra en determinados cuadros clínicos.

2.3.6.1.3.- Psicocirugía.

Esta cuestión ha sido objeto de atención desde antiguo en el ámbito del Consejo de Europa. Por ejemplo la Rec 818 /(1977) señaló:

“13. Recommends that the Committee of Ministers invite the governments of the member states:

III.ii. to seek new ways of humanising the care of the mentally ill by emphasising the humanitarian elements and the quality of the care as opposed to sophisticated technology, and by considering in this context the appropriateness, the conditions and control of utilisation of certain therapies which may leave permanent brain damage or change of personality”.

Posteriormente la Rec (83) 2 afirmó:

“Article 5

2. A treatment which is not yet generally recognised by medical science or presents a serious risk of causing permanent brain damage or adversely altering the personality of the patient may be given only if the doctor considers it indispensable and if the patient, after being informed, has given his express consent. If the patient is not capable of understanding the nature of the treatment, the doctor should submit the matter for decision to an appropriate independent authority prescribed by law which should consult the patient's legal representative, if any"²¹¹.

A la psicocirugía hizo mención la Rec 1235 (1994):

“7. The Assembly therefore invites the Committee of Ministers to adopt a new recommendation based on the following rules:

ii. Treatment:

b. lobotomies and electroconvulsive therapy may not be performed unless informed written consent has been given by the patient or a person, counsellor or guardian, chosen by the patient as his or her representative and unless the decision has been confirmed by a select committee not composed exclusively of psychiatric experts”.

No existe una mención expresa a esta técnica en la Rec (2004) 10 –que regula de modo genérico los “específicos tratamientos” en su art. 28-:

“Artículo 28. Tratamientos específicos.

1. Un tratamiento para el trastorno mental que no produzca efectos físicos irreversibles, pero que pueda implicar una intrusión significativa, no deberá llevarse a cabo más que cuando no se disponga de medios que impliquen una menor intrusión para proporcionar la atención adecuada. Los Estados miembros deberán asegurarse que el recurso a tal tratamiento:

i. sea objeto de una evaluación ética apropiada;

ii. se efectúe según los protocolos clínicos adecuados que contemplan las normas y salvaguardas internacionales;

iii. excepto en las situaciones de urgencia definidas en el art. 12, se adopte con el consentimiento informado y por escrito de la persona concernida o, en el caso de que la misma

²¹¹ “EXPLANATORY MEMORANDUM

III. Comments on the rules

30. For the protection of patients, paragraph 2 of this article concerns some treatments which, in spite of their particular characteristics which might raise some doubt as to the advisability of their being administered to involuntarily placed patients, are considered indispensable in the care of the patient by reason of the state of the patient's mental health. These particular treatments are: those which are not yet generally recognised by medical science; those which present a serious risk of causing permanent brain damage or adversely altering the personality of the patient. Before administering one of these treatments the doctor must obtain the consent of the patient. If the patient refuses his consent, no such treatment can be given to him. In cases where the patient is unable to give his consent because he is not capable of understanding and evaluating the nature and the consequences of the treatment, the doctor will submit the matter to an independent authority prescribed by law and only after an authorisation has been given by that authority may such treatment be administered to the patient. If there is a legal representative of the patient, he must be consulted by the above-mentioned authority²¹¹.

31. By using the expression "permanent brain damage", it is intended to indicate that the patient's consent must be obtained when there is a serious risk that the treatment will cause damage which is permanent.

The expression "adversely alter the personality of the patient" should be interpreted as meaning any alteration other than the amelioration of the patient's pathological behaviour which is a symptom of his mental disorder because this amelioration is itself the aim of the treatment.

The expression " legal representative" does not mean, as it usually means in common law countries, a "lawyer". In paragraph 2, it is used in the sense of the civil law countries where it covers all the persons who, by operation of the law or by virtue of a court's or other authority's decision, exercise legal rights on behalf of other persons who are legally incapacitated (for example guardian)”.

no tenga capacidad para consentir, se cuente con la autorización de un tribunal o de otra instancia competente;
iv. esté consignado por escrito y registrado”.

Y, sin embargo, el WP-CDBI'2000 sí se centró en esta materia. No obstante, la Rec (2004) 10, aún sin mencionar expresamente la psicocirugía, aparentemente sí incorpora las garantías que en su día recomendó el WP-CDBI'2000, aunque hay algunas cuestiones que no han sido abordadas por la Rec (2004) 10²¹².

Los UNPMI'91 son especialmente estrictos sobre esta materia:

“Principio 11. Consentimiento para el tratamiento

14. No se someterá nunca a tratamientos psicoquirúrgicos u otros tratamientos irreversibles o que modifican la integridad de la persona a pacientes involuntarios de una institución psiquiátrica y esos tratamientos sólo podrán, en la medida en que la legislación nacional lo permita, aplicarse a cualquier otro paciente cuando éste haya dado su consentimiento informado y cuando un órgano externo independiente compruebe que existe realmente un consentimiento informado y que el tratamiento es el más conveniente para las necesidades de salud del paciente”.

2.3.6.2.- Tratamientos no específicamente psiquiátricos.

2.3.6.2.1.- Intervenciones especialmente invasivas.

Como ya se ha dicho a este tipo de intervenciones no hace mención la Rec (2004) 10. Sin embargo los UNPMI'91 sí aluden a las mismas:

“Principio 11. Consentimiento para el tratamiento

13. La persona que padece una enfermedad mental podrá ser sometida a un procedimiento médico u operación quirúrgica importantes únicamente cuando lo autorice la legislación nacional, cuando se considere que ello es lo que más conviene a las necesidades de salud del paciente y cuando el paciente dé su consentimiento informado, salvo que, cuando no esté en condiciones de dar ese consentimiento, sólo se autorizará el procedimiento o la operación después de practicarse un examen independiente”.

²¹² 7. “Special treatments

1. These treatments remain controversial. Although it already reached a number of provisional conclusions on this matter, the Working Party would wish to know the views of the addressees of the present document on the subject.

3. However, the effectiveness of psychosurgery has not been established by appropriate controlled research. Thus, where States continue to sanction the use of it, the consent of the patient should be an absolute prerequisite for its use. Furthermore, the decision to use psychosurgery should in every case be confirmed by a committee which is not exclusively composed of psychiatric experts. The Working Party considered that in each member State the legislators should establish special protocols for the administration of psychosurgery. In so far as there is no clear proof of the effectiveness of psychosurgery, countries which still permit its use should introduce a system for recording full information about any operations carried out. It was also thought that there should be vigilance in regard to the use of hormone implants to alter sexual drive.

What further safeguards are necessary for the administration of:

a. ECT?

b. Psychosurgery?

c. Hormone implants?

4. Lastly, no circumstances could be envisaged in which psychosurgery for mental disorder could have any beneficial effects for minors. The addressees of the present document might also wish to express their views on this last point”.

Una regla referida a esta material probablemente fuera adecuado que estuviera reconocida en un futuro instrumento del Consejo de Europa sobre derechos del enfermo mental.

2.3.6.2.2.- Esterilización.

Los UNPMI'91 abordaron la cuestión de la esterilización de pacientes mentales del siguiente modo:

“Principio 11. Consentimiento para el tratamiento
12. Nunca podrá aplicarse la esterilización como tratamiento de la enfermedad mental”.

En el ámbito del Consejo de Europa la Rec 1235 (1994) hizo mención al tema:

“7. The Assembly therefore invites the Committee of Ministers to adopt a new recommendation based on the following rules:
iii. Problems and abuses in psychiatry:
c. no mechanical restraint should be used. The use of pharmaceutical means of restraint must be proportionate to the objective sought, and there must be no permanent infringement of individuals' rights to procreate”.

Posteriormente el WP-CDBI'2000 abordó, con cierta extensión, la cuestión, planteándose algunos interrogantes²¹³.

Finalmente la Rec (2004) 10 ha regulado esta materia del siguiente modo:

“Artículo 30. Procreación.
El mero hecho de que una persona padezca trastorno mental no deberá constituir motivo para impedir, de modo permanente, su capacidad de procreación”.

2.3.6.2.3.- Aborto.

La Rec (2004) 10 ha incorporado una regla en relación al aborto:

²¹³ 11. The human rights of people suffering from mental disorder, in particular those placed as involuntary patients

7. The Working Party also examined the question of the temporary and permanent infringement of individual's capacities to procreate and considered that, should this issue be mentioned in the new legal instrument being prepared, it would be appropriate that the Recommendation provide that except in the most exceptional cases, there must be no permanent infringement of an individual's capacities to procreate without the individual's consent. Furthermore, the permanent infringement of an individual's capacities to procreate should always take place in the best interest of the person concerned; in other words, the clinical aim of such an infringement should always be the protection of the person concerned. It should then certainly be appropriate to specify that the mere fact that a person suffers from a mental disorder does not constitute a sufficient reason for causing permanent infringement to that person's capacities to procreate. Where permanent infringement of individual's capacities to procreate is envisaged, the matter should be examined by a court or court-like body.

Are there exceptional circumstances permitting permanent infringement of procreation capacities of people suffering from mental disorder? If so, what are these circumstances?

Should the exceptional circumstances where permanent infringement of procreation is deemed permissible be specified?

What safeguards should exist to ensure that permanent infringement of procreation capacities only occurs in exceptional circumstances?”.

“Artículo 31. Interrupción del embarazo.

El mero hecho de que una persona padezca trastorno mental no supone justificación suficiente para la interrupción del embarazo”.

CAPÍTULO III

ENFERMOS MENTALES DELINCUENTES

3.1. Detención.

3.1.1. Derecho a la libertad y seguridad y excepciones.

3.1.2. Facultades de la policía.

3.1.3. Derechos del detenido.

3.1.3.1. Información sobre las razones de la detención.

3.1.3.2. Información sobre derechos.

3.1.3.3. Examen médico.

3.1.3.4. Derecho a ser puesto a disposición judicial u otra autoridad prevista por la ley.

3.1.3.5. Acceso de un representante o persona de confianza y al abogado.

3.1.3.6. Derecho a comunicar la detención a terceros designados por el detenido (familiares, amigos, consulado).

3.1.3.7. Derecho a recurso.

3.1.3.8. Derecho a ser indemnizado en el supuesto de detención ilegal.

3.1.3.9. Asistencia médica.

3.1.4.- Práctica de la detención.

3.1.4.1. Interrogatorio policial y prevención de tratos inhumanos o degradantes.

3.1.4.2. Registro de la detención.

3.1.4.3. Condiciones de la detención.

3.1.4.4.- Inspección y quejas.

3.2. Proceso penal.

3.2.1. Prisión preventiva.

3.2.2. Enjuiciamiento.

3.2.3. Ejecución de la sentencia.

3.1. Detención.

3.1.1. Derecho a la libertad y seguridad y excepciones.

El derecho a la libertad y seguridad está consagrado tanto en la UDHR'48 (arts. 3, 9 y 13) como en la ICCPR'66 (art. 9.1)²¹⁴. Este último precepto enlaza con la norma de referencia europea sobre esta materia, el art. 5.1 ECHR'50²¹⁵.

La ECHR, por su parte, ha pronunciado algunas relevantes sentencias. Así, en relación a la lista de supuestos de detención previstos en el art. 5.1 (Erkalo v. The Netherlands, par. 50²¹⁶ e igualmente en Morsink v. The Netherlands, par. 61) o sobre el art. 5.1.c) (Eriksen v. Norway, par. 86²¹⁷; R.L. and M.J.D. v. France, par. 86²¹⁸).

²¹⁴ “Artículo 9. 1. Todo individuo tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales. Nadie podrá ser sometido a detención o prisión arbitrarias. Nadie podrá ser privado de su libertad, salvo por las causas fijadas por ley y con arreglo al procedimiento establecido en ésta”.

²¹⁵ “Artículo 5. 1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad salvo, en los casos siguientes y con arreglo al procedimiento establecido por la Ley;

a) Si ha sido penado legalmente en virtud de una sentencia dictada por un tribunal competente.
b) Si ha sido detenido preventivamente o internado, conforme a derecho, por desobediencia a una orden judicial o para asegurar el cumplimiento de una obligación establecida por la ley.
c) Si ha sido detenido preventivamente o internado, conforme a derecho, para hacerle comparecer ante la autoridad judicial competente, cuando existan indicios racionales de que se ha cometido una infracción o cuando se estime necesario para impedirle que cometa una infracción o que huya después de haberla cometido”.

²¹⁶ “50. The Court recalls that Article 5 § 1 of the Convention contains a list of permissible grounds of deprivation of liberty that is exhaustive. However, the applicability of one ground does not necessarily preclude that of another; a detention may, depending on the circumstances, be justified under more than one subparagraph (see the Eriksen v. Norway judgment of 27 May 1997, *Reports* 1997-III, pp. 861–62, § 76)”.

²¹⁷ “86. The Court has come to the conclusion that, in the exceptional circumstances of the present case, the applicant's detention on remand could also be justified on the basis of paragraph 1 (c) of Article 5 (art. 5-1-c) as detention of a person "when it is reasonably considered necessary to prevent his committing an offence".

In view of the nature and extent of the applicant's previous convictions for threatening behaviour and physical assault and his mental state at the relevant time (see paragraphs 6-19, 22, 26, 28, 30, 32 and 37 above), there were substantial grounds for believing that he would commit further similar offences. He had in fact done so after his release on 15 May 1990 (see paragraphs 50-51 above). The offences apprehended were thus sufficiently concrete and specific to meet the standard enunciated by the Court in the above-mentioned Guzzardi judgment (pp. 38-39, para. 102)

As a rule Article 5 para. 1 (c) (art. 5-1-c) would not provide a justification for the re-detention or continued detention of a person who has served a sentence after conviction of a specific criminal offence where there is a suspicion that he might commit a further similar offence.

However, in the Court's opinion the position is different when a person is detained with a view to determining whether he should be subjected, after expiry of the maximum period prescribed by a court, to a further period of security detention imposed following conviction for a criminal offence. In a situation such as that in the present case, the authorities were entitled, having regard to the applicant's impaired mental state and history as well as to his established and foreseeable propensity for violence, to detain the applicant pending the determination by a court of the Prosecutor's request for a prolongation of the Article 39 authorisation.

Such a "bridging" detention was of a short duration, was imposed in order to bring the applicant before a judicial authority and was made necessary by the need to obtain updated medical reports on the applicant's mental health as well as by the serious difficulties facing the authorities in arranging preventive supervision outside prison due to the applicant's aggressive conduct and his objection to close supervision (see paragraphs 17, 19, 24, 26, 28, 33 and 49 above)”.

3.1.2. Facultades de la policía.

Vid. el apartado 2.2.2. de este Informe.

3.1.3. Derechos del detenido.

3.1.3.1. Información sobre las razones de la detención.

Tanto el art. 9.2 ICCPR²¹⁹ como el art. 5.2 ECHR²²⁰ reconocen el derecho a que al detenido se le facilite este tipo de información.

No existe una norma al respecto en la Rec (2004) 10 sobre este derecho, en el ámbito de la detención policial. Sin embargo, el art. 22 Rec (2004) 10 sí contempla un precepto semejante en el ámbito del involuntary placement:

“Artículo 22. Derecho a la información.

1. Las personas que sean objeto de un internamiento o tratamiento involuntario deben ser puntualmente informadas, verbalmente y por escrito, de sus derechos y posibles recursos.
2. Deberán ser informadas, asimismo, de modo regular y apropiado, de las razones que han motivado la decisión y de los criterios aplicados para una eventual prolongación o interrupción”.

Podría ser adecuado que, en la fase de detención policial, se hiciera una explícita alusión al mismo.

3.1.3.2. Información sobre derechos.

Son aplicables aquí las reflexiones del anterior apartado. La información de derechos se recoge en el art. 22.1 Rec (2004) 10, pero en el ámbito de la detención no existe referencia explícita a este derecho.

Convendría además tener presentes algunas referencias de los CPT Standards (Rev 2006)²²¹.

²¹⁸ “86. La Cour rappelle par ailleurs qu’une personne ne peut être privée de liberté que dans les cas précisés à l’article 5 § 1. Une personne ne peut être détenue au regard de l’article 5 § 1 c) que dans le cadre d’une procédure pénale, en vue d’être conduite devant l’autorité judiciaire compétente parce qu’elle est soupçonnée d’avoir commis une infraction (voir, *mutatis mutandis*, *Lawless c. Irlande*, arrêt du 1^{er} juillet 1961, série A n° 3, pp. 51-53, § 14, *Ciulla c. Italie*, arrêt du 22 février 1989, série A n° 148, pp. 16-18, §§ 38-41, et *Ječius c. Lituanie*, n° 34578/97, § 50, CEDH 2000-IX) ”.

²¹⁹ “Toda persona detenida será informada, en el momento de su detención, de las razones de la misma, y notificada, sin demora, de la acusación formulada contra ella”.

²²⁰ “Toda persona detenida preventivamente debe ser informada, en el más breve plazo y en una lengua que comprenda, de los motivos de su detención y de cualquier acusación formulada contra ella”.

²²¹ CPT Standards (Rev 2006). Extracto del 2º Informe General [CPT/Inf (92) 3]

“37. Las personas que se encuentran bajo custodia policial deberían ser expresamente informadas sin demora de todos sus derechos, incluyendo los que se recogen en el párrafo 36. Además, cualquier posibilidad ofrecida a las autoridades para demorar el ejercicio de uno o cualquiera de estos últimos derechos con el fin de proteger los intereses de la justicia, debería quedar claramente definida y su aplicación estrictamente limitada en el tiempo. Por lo que respecta más particularmente a los derechos a acceder a un abogado y a requerir un examen médico realizado por un médico distinto al dispuesto por la policía, los sistemas por los cuales, excepcionalmente, los abogados y los

3.1.3.3. Examen médico.

La necesidad de una evaluación médica está reconocida en la Rec (2004) 10:

“Artículo 33. Personas detenidas.

Si una persona, debido a su comportamiento, sugiere que está afectada por un trastorno mental:

- i. deberá ser asistida por un representante o persona de confianza en el curso del procedimiento;
- ii. será llevado a cabo un examen médico, tan pronto como sea posible y en un lugar apropiado a fin de establecer:
 - a. si dicha persona necesita atención médica, incluida la específicamente psiquiátrica;
 - b. si la misma es capaz de responder al interrogatorio;
 - c. si podría, sin riesgo aparente, ser destinado en lugares no destinados para proporcionar atención sanitaria”.

El CPT ha llegado más lejos. Por ejemplo, en los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 2º Informe General [CPT/Inf (92) 3] afirma:

“36. El CPT concede especial importancia a tres derechos que tienen las personas detenidas por la policía: ... y el derecho a solicitar un examen médico llevado a cabo por un médico de su elección (además de cualquier examen médico realizado por un médico solicitado por las autoridades policiales).²²² Son, en opinión del CPT, tres garantías fundamentales contra los malos tratos a las personas detenidas que deberían aplicarse desde el principio de la privación de libertad, independientemente de cómo pudiera describirse bajo el sistema legal competente (detención, arresto, etc.)”.

“37. Las personas que se encuentran bajo custodia policial deberían ser expresamente informadas sin demora de todos sus derechos, incluyendo los que se recogen en el párrafo 36.

médicos puedan ser elegidos de unas listas preestablecidas redactadas de acuerdo con las organizaciones profesionales competentes deberían eliminar cualquier necesidad de demorar el ejercicio de dichos derechos”.

CPT Standards (Rev 2006). Extracto del 6º Informe General [CPT/Inf (96) 21]

“16. El CPT también subraya, en el 2º Informe General, la importancia de que las personas custodiadas por la policía sean expresamente informadas sin demora sobre todos sus derechos. Con el fin de asegurar que ello se cumpla, el CPT considera que se debería entregar un formulario que establezca de forma directa dichos derechos a las personas detenidas por la policía desde el primer momento de su custodia. Además, a estas personas se les debería preguntar si desean firmar una declaración en donde testifiquen que han sido informadas de sus derechos. Las medidas anteriormente mencionadas serían fáciles de implementar, económicas y efectivas”.

CPT Standards (Rev 2006). Extracto del 12º Informe General [CPT/Inf (2002) 15]

“44. Los derechos de las personas privadas de libertad apenas tendrán valor si éstas no conocen su existencia. Por consiguiente, es imperativo que se informe expresamente de sus derechos y sin demora a las personas que se encuentran bajo custodia policial y en un idioma que comprendan. A tales efectos y desde el primer momento de su custodia, debe entregarse sistemáticamente a las personas detenidas un formulario donde se precisen claramente estos derechos. Además, debería pedirse a las personas interesadas que firmaran una declaración que dé fe de que han sido debidamente informadas sobre sus derechos”.

²²² Este derecho ha sido posteriormente reformulado como sigue a continuación: el derecho a acceder a un médico incluye el derecho a ser examinado, si la persona detenida así lo desea, por un médico de su propia elección (además de cualquier examen llevado a cabo por el médico dispuesto por las autoridades policiales).

Además, cualquier posibilidad ofrecida a las autoridades para demorar el ejercicio de uno o cualquiera de estos últimos derechos con el fin de proteger los intereses de la justicia, debería quedar claramente definida y su aplicación estrictamente limitada en el tiempo. Por lo que respecta más particularmente a los derechos a acceder a un abogado y a requerir un examen médico realizado por un médico distinto al dispuesto por la policía, los sistemas por los cuales, excepcionalmente, los abogados y los médicos puedan ser elegidos de unas listas preestablecidas redactadas de acuerdo con las organizaciones profesionales competentes deberían eliminar cualquier necesidad de demorar el ejercicio de dichos derechos”.

“38. ...Por lo que respecta al examen médico de las personas que se encuentran bajo custodia policial, dichos exámenes deberían ser realizados fuera del alcance del oído y preferiblemente fuera de la vista de los agentes de policía. Además, los resultados de todos los exámenes, así como también las declaraciones relevantes por parte del detenido y las conclusiones de los médicos deberían ser registrados por parte del médico y estar disponibles para el detenido y su abogado”.

En 2002, el CPT vuelve sobre esta cuestión²²³. El tema, por tanto, parece lo bastante relevante para ser tenido en cuenta, a efectos de una mayor concreción en cuanto al derecho a que el detenido elija un médico que efectúe el reconocimiento, al margen del oficialmente designado.

3.1.3.4. Derecho a ser puesto a disposición judicial u otra autoridad prevista por la ley.

La ECHR' 50 señala:

“Artículo 5.3. Toda persona detenida preventivamente o internada en las condiciones previstas en el párrafo 1, c), del presente artículo deberá ser conducida sin dilación a presencia de un juez o de otra autoridad habilitada por la Ley para ejercer poderes judiciales, y tendrá derecho a ser juzgada en un plazo razonable o a ser puesta en libertad durante el procedimiento. La puesta en libertad puede ser condicionada a una garantía que asegure la comparecencia del interesado en juicio”.

²²³ CPT Standards (Rev 2006). Extracto del 12º Informe General [CPT/Inf (2002) 15]

“40. Desde el comienzo de sus actividades, el CPT siempre ha defendido tres derechos fundamentales para las personas que se encuentran bajo custodia policial: el derecho de acceso a un abogado y a un médico, y el derecho de informar a un familiar o una tercera parte sobre su detención. En muchos Estados se han adoptado medidas para introducir o reforzar estos derechos, a la luz de las recomendaciones del CPT. Concretamente, hoy en día el derecho de acceso a un abogado durante la custodia policial está ampliamente reconocido en los países visitados por el CPT; en los países donde este derecho aún no se reconoce, están elaborándose proyectos para su introducción”.

“42. Debería garantizarse formalmente a las personas que se encuentran bajo custodia policial el derecho de acceso a un médico. Es otras palabras, debería llamarse a un médico inmediatamente si una persona solicita un examen médico; los policías no deberían tratar de filtrar tales solicitudes. Además, el derecho de acceso a un médico debería incluir el derecho de la persona detenida a ser examinada, si lo desea, por un médico de su elección (además de cualquier examen médico realizado por un médico elegido por la policía).

Todos los exámenes médicos de las personas que se hallan bajo custodia policial deben realizarse donde no puedan oírlos los miembros de las fuerzas del orden y, salvo que el médico interesado exija lo contrario en un caso particular, donde éstas no puedan verlos.

También es importante que se garantice, a las personas que hayan sido puestas en libertad tras haber estado bajo custodia policial sin haber comparecido ante un juez, el derecho a solicitar directamente un examen/certificado médico de un médico forense reconocido”.

Lo cual está en consonancia con lo previsto en el art. 9.3 ECCPR'66²²⁴.

La puesta a disposición judicial supone una garantía en general y un importante mecanismo de control ante posibles malos tratos en particular²²⁵. Pero, para cuando “una persona pueda sugerir la existencia de un trastorno mental y sea detenida”, la Rec (2004) 10 (art. 33) no reconoce explícitamente este derecho.

3.1.3.5. Acceso a un representante o persona de confianza y al abogado.

El art. 33.i Rec (2004) 10 establece:

“Artículo 33. Personas detenidas.

Si una persona, debido a su comportamiento, sugiere que está afectada por un trastorno mental:

i. deberá ser asistida por un representante o persona de confianza en el curso del procedimiento”.

Sin embargo, parece razonable que este derecho se haga extensivo no sólo al proceso (“durante el proceso”) sino también al tiempo de la detención (cuando aún el proceso propiamente dicho no se ha iniciado). Existen importantes razones para ello, ya que durante la detención ya existe una privación de libertad y debe garantizarse la asistencia legal al detenido y además esta norma está relacionada con el derecho a informar de la detención a

²²⁴ “Toda persona detenida o presa a causa de una infracción penal será llevada sin demora ante un juez u otro funcionario autorizado por la ley para ejercer funciones judiciales, y tendrá derecho a ser juzgada dentro de un plazo razonable o a ser puesta en libertad. La prisión preventiva de las personas que hayan de ser juzgadas no debe ser la regla general, pero su libertad podrá estar subordinada a garantías que aseguren la comparecencia del acusado en el acto del juicio, o en cualquier momento de las diligencias procesales y, en su caso, para la ejecución del fallo”.

²²⁵ CPT Standards (Rev 2006). Extract from the 12th General Report [CPT/Inf (2002) 15]

“45. El CPT ha señalado en varias ocasiones la función de las autoridades judiciales con respecto a la lucha contra los malos tratos infligidos por la policía.

Por ejemplo, todas las personas detenidas por la policía a quienes se ha previsto mantener en prisión preventiva deberían comparecer ante un juez competente para que decidiera al respecto, lo que no sucede en algunos países visitados por el CPT. Llevar a la persona ante el juez brindará a un presunto autor de una infracción penal que ha sido objeto de malos tratos la oportunidad de presentar una queja oportunamente. Además, aun en el caso de no presentarse una queja formal, el juez podrá tomar medidas oportunamente si observa indicios de malos tratos (por ejemplo, heridas visibles, o la apariencia o comportamiento general de una persona).

Naturalmente, el juez debe tomar las medidas apropiadas cuando haya indicios de que la policía haya infligido malos tratos. A este respecto, siempre que un presunto autor de una infracción penal comparezca ante el juez al término de la detención judicial y alegue haber recibido malos tratos, el juez debe registrar todas las declaraciones por escrito, ordenar inmediatamente un examen médico forense y tomar las medidas necesarias para garantizar que se investigan debidamente las alegaciones. Esta práctica debería seguirse con independencia de que la persona tenga o no heridas externas visibles. Además, aun en el caso de que no se presente una alegación explícita de malos tratos, el juez debería solicitar un examen médico forense si estima que existen motivos para creer que la persona que comparece ante él ha sido víctima de malos tratos.

El examen diligente por las autoridades judiciales y otras autoridades pertinentes de todas las quejas que se presenten sobre malos tratos infligidos por parte de las fuerzas del orden y, cuando proceda, la imposición de una sanción apropiada, tendrán un gran efecto disuasorio. En cambio, si dichas autoridades no toman medidas eficaces para responder a las quejas presentadas ante las mismas, los miembros de las fuerzas del orden que pretenden infligir malos tratos a las personas que se encuentran bajo su custodia pensarán inmediatamente que pueden actuar como deseen, e impunemente”.

terceros designados por el detenido” y, por supuesto, es un adecuado mecanismo para la prevención de malos tratos²²⁶.

El CPT ha abordado la cuestión. Por ejemplo, los CPT Standards (Rev. 2006), Extracto del 2º Informe General [CPT/Inf (92) 3] señalan:

“36. El CPT concede especial importancia a tres derechos que tienen las personas detenidas por la policía: el derecho de la persona en cuestión a poder notificar el hecho de su detención a una tercera persona de su elección (miembro de su familia, amigo, cónsul), el derecho a un abogado, y el derecho a solicitar un examen médico llevado a cabo por un médico de su elección (además de cualquier examen médico realizado por un médico solicitado por las autoridades policiales).²²⁷ Son, en opinión del CPT, tres garantías fundamentales contra los malos tratos a las personas detenidas que deberían aplicarse desde el principio de la privación de libertad, independientemente de cómo pudiera describirse bajo el sistema legal competente (detención, arresto, etc.)”.

“37. Las personas que se encuentran bajo custodia policial deberían ser expresamente informadas sin demora de todos sus derechos, incluyendo los que se recogen en el párrafo 36. Además, cualquier posibilidad ofrecida a las autoridades para demorar el ejercicio de uno o cualquiera de estos últimos derechos con el fin de proteger los intereses de la justicia, debería

²²⁶ CPT Standards (Rev 2006). Extracto del 6º Informe General [CPT/Inf (96) 21].

14. El CPT acoge de buen grado el apoyo otorgado a su trabajo expresado en la Recomendación de la Asamblea Parlamentaria 1257 (1995), sobre las condiciones de detención en los Estados Miembros del Consejo de Europa. Además, le complació saber, a raíz de la respuesta a la Recomendación 1257, que el Comité de Ministros ha invitado a las autoridades de los Estados miembros a cumplir las directivas sobre custodia policial tal y como se establecían en el 2º Informe General del CPT (cf. CPT/Inf (92) 3, párrafos del 36 al 43).

A este respecto, debería tenerse en cuenta que algunas Partes de la Convención se resisten a implantar todos los puntos de las recomendaciones del CPT concernientes a las garantías contra los malos tratos a las personas bajo custodia policial, y en particular la recomendación de que a dichas personas se les conceda el derecho a acceder a un abogado desde el primer momento de su custodia.

15. El CPT desea recalcar que, de acuerdo con su experiencia, en el período inmediatamente siguiente a la privación de libertad es cuando el riesgo de intimidación y el maltrato físico es mayor. Consecuentemente, la posibilidad de que las personas que se encuentran bajo custodia policial tengan acceso a un abogado durante dicho período es una garantía fundamental contra los malos tratos. La existencia de dicha posibilidad tendrá un efecto disuasorio para aquellas personas que tengan la intención de maltratar a las personas detenidas; además, un abogado está bien preparado para actuar de la forma adecuada en caso de que se produjera realmente un caso de malos tratos.

El CPT reconoce que, con el fin de proteger los intereses de la justicia, pudiera ser excepcionalmente necesario aplazar durante cierto período de tiempo el acceso al abogado particular elegido por la persona detenida. Sin embargo, ello no significaría la denegación total del derecho a acceder a un abogado durante el período en cuestión. En dicho caso, se tramitaría el acceso a cualquier otro abogado independiente de confianza que no pusiera en peligro los intereses legítimos de la investigación policial”.

CPT Standards (Rev 2006). Extracto del 12º Informe General [CPT/Inf (2002) 15].

“El CPT ha insistido sin cesar en que, según su experiencia, el riesgo de intimidación y de malos tratos físicos es mayor en el período inmediatamente posterior a la detención del presunto culpable. Por consiguiente, la posibilidad de que las personas que se encuentran bajo custodia policial tengan acceso a un abogado durante este tiempo es una garantía fundamental contra los malos tratos. La existencia de esta posibilidad tendrá un efecto disuasivo en aquellos que pretendan maltratar a las personas detenidas; además, un abogado está bien situado para tomar las medidas pertinentes si efectivamente se maltrata a las personas detenidas. El CPT reconoce que, a fin de proteger los intereses legítimos de la investigación policial, puede ser excepcionalmente necesario posponer un cierto tiempo el acceso de la persona detenida a un abogado de su elección. Sin embargo, esto no debería suponer la negación absoluta de su derecho de acceso a un abogado durante el período en cuestión. En tales casos, deberían tomarse medidas para que el interesado pudiera acceder a otro abogado independiente”.

²²⁷ Este derecho ha sido posteriormente reformulado como sigue a continuación: el derecho a acceder a un médico incluye el derecho a ser examinado, si la persona detenida así lo desea, por un médico de su propia elección (además de cualquier examen llevado a cabo por el médico dispuesto por las autoridades policiales).

quedar claramente definida y su aplicación estrictamente limitada en el tiempo. Por lo que respecta más particularmente a los derechos a acceder a un abogado y a requerir un examen médico realizado por un médico distinto al dispuesto por la policía, los sistemas por los cuales, excepcionalmente, los abogados y los médicos puedan ser elegidos de unas listas preestablecidas redactadas de acuerdo con las organizaciones profesionales competentes deberían eliminar cualquier necesidad de demorar el ejercicio de dichos derechos”.

Posteriormente en los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 12º Informe General [CPT/Inf (2002) 15] se afirma:

“40. Desde el comienzo de sus actividades, el CPT siempre ha defendido tres derechos fundamentales para las personas que se encuentran bajo custodia policial: el derecho de acceso a un abogado y a un médico, y el derecho de informar a un familiar o una tercera parte sobre su detención. En muchos Estados se han adoptado medidas para introducir o reforzar estos derechos, a la luz de las recomendaciones del CPT. Concretamente, hoy en día el derecho de acceso a un abogado durante la custodia policial está ampliamente reconocido en los países visitados por el CPT; en los países donde este derecho aún no se reconoce, están elaborándose proyectos para su introducción”.

Este acceso al abogado ha de tener lugar con determinadas condiciones de confidencialidad, pues como señalan los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 2º Informe General [CPT/Inf (92) 3]:

“38. El acceso a un abogado, para las personas que se encuentran bajo custodia policial, debería incluir el derecho a contactar con un abogado y a ser visitado por el mismo (en ambos casos bajo condiciones que garanticen la confidencialidad de sus conversaciones) así como también, en principio, el derecho a que un abogado esté presente durante el interrogatorio”.

En el mismo sentido, reiteran los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 12º Informe General [CPT/Inf (2002) 15]:

“41. ... El derecho de acceso a un abogado debe incluir el derecho a entrevistarse con él sin testigos. La persona interesada también debería tener derecho, en principio, a la presencia de un abogado durante cualquier interrogatorio llevado a cabo por la policía. Naturalmente, esto no debería impedir a la policía interrogar a una persona detenida sobre cuestiones urgentes, incluso en ausencia del abogado (que puede no estar disponible inmediatamente), ni sustituir a un abogado que impida la realización apropiada de un interrogatorio.

El CPT también ha puesto de relieve que el derecho de acceso a un abogado no sólo debería garantizarse a los presuntos autores de infracciones penales, sino que debería hacerse extensible a todo el que esté legalmente obligado a presentarse –y a permanecer– en un establecimiento policial, por ejemplo, en calidad de “testigo”.

Además, a fin de que el derecho de acceso a un abogado sea plenamente efectivo en la práctica, deberán tomarse las medidas apropiadas para las personas que no puedan pagar a un abogado”.

3.1.3.6. Derecho a comunicar la detención a terceros designados por el detenido (familiares, amigos, consulado).

A este derecho ya se hace mención en el epígrafe anterior, pues el derecho de acceder a un abogado –en el ámbito de la detención policial– viene generalmente unido al derecho a

comunicar a una tercera persona de su elección el propio hecho de la detención. Baste recordar las alusiones que se hacen a este tema en los CPT Standards²²⁸.

La Rec (2004) 10 sí establece el derecho a ser asistido por un representante o persona de confianza en el curso del procedimiento (art. 33.i), pero no alude al derecho a comunicar el hecho de la detención a terceros designados por el detenido (familia, amigos o consulado).

3.1.3.7.- Derecho a recurso.

El derecho a apelar el arresto o detención está consagrado en el art. 5.4 ECHR'50:

“Toda persona privada de su libertad mediante detención preventiva o internamiento tendrá derecho a presentar un recurso ante un órgano judicial, a fin de que se pronuncie en breve plazo sobre la legalidad de su privación de libertad y ordene su puesta en libertad si fuera ilegal”.

Este precepto coincide con lo establecido en el art. 9.4 ICCPR'66²²⁹.

Probablemente fuera necesario especificar este derecho -no explicitado en el art. 33 Rec (2004) 10- para las personas detenidas que presumiblemente padezcan enfermedad mental.

3.1.3.8.- Derecho a ser indemnizado en el supuesto de detención ilegal.

El art. 5.5 ECHR'50 establece:

“Toda persona víctima de una detención preventiva o de un internamiento en condiciones contrarias a las disposiciones de este artículo tendrá derecho a una reparación”.

²²⁸ CPT Standards (Rev 2006). Extracto del 2º Informe General [CPT/Inf (92) 3].

“36. El CPT concede especial importancia a tres derechos que tienen las personas detenidas por la policía: el derecho de la persona en cuestión a poder notificar el hecho de su detención a una tercera persona de su elección (miembro de su familia, amigo, cónsul),...”.

“37. Las personas que se encuentran bajo custodia policial deberían ser expresamente informadas sin demora de todos sus derechos, incluyendo los que se recogen en el párrafo 36”.

CPT Standards (Rev 2006). Extracto del 12º Informe General [CPT/Inf (2002) 15].

“40. Desde el comienzo de sus actividades, el CPT siempre ha defendido tres derechos fundamentales para las personas que se encuentran bajo custodia policial: ... y el derecho de informar a un familiar o una tercera parte sobre su detención”.

“43. El derecho de una persona detenida a notificar su detención a una tercera parte debería garantizarse en principio desde los primeros momentos de la detención. Por supuesto, el CPT reconoce que el ejercicio de este derecho puede estar sujeto a ciertas excepciones, a fin de proteger los intereses legítimos de la investigación policial. Sin embargo, tales excepciones deberían definirse claramente y limitarse estrictamente en el tiempo, y el recurso a tales excepciones debería estar acompañado por garantías apropiadas (por ejemplo, cualquier retraso que se produzca respecto de la notificación a un familiar o a una tercera parte sobre la detención debe figurar por escrito e incluir las razones que lo hayan motivado, y debe contar con la aprobación de un funcionario superior de policía no relacionado con el caso, o de un fiscal)”.

²²⁹ “Toda persona que sea privada de libertad en virtud de detención o prisión tendrá derecho a recurrir ante un tribunal, a fin de que éste decida a la brevedad posible sobre la legalidad de su prisión y ordene su libertad si la prisión fuera ilegal”.

En similares términos se pronuncia el art. 9.5 ICCPR'66²³⁰. Sin embargo, no existe previsión explícita para las personas que padezcan trastornos mentales.

3.1.3.9.- Asistencia médica.

Durante el tiempo de privación de libertad por detención, el detenido debe disfrutar de los adecuados cuidados médicos. Ninguna previsión hay al respecto en la Rec (2004) 10, al margen del examen médico inicial al que se refiere el art. 33.ii. Sin embargo, los UNPMEP'82 contienen un principio que puede ser un adecuado referente:

“Principio 1

El personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas”.

3.1.4.- Práctica de la detención.

La Rec (2004) 10, en su art. 32, admite la intervención policial en ciertos supuestos, impone la obligación de respeto a la dignidad y a los derechos humanos de las personas con trastorno mental y resalta la necesidad de una adecuada formación del personal policial.

3.1.4.1. Interrogatorio policial y prevención de tratos inhumanos o degradantes.

No existe previsión específica sobre el interrogatorio policial. No obstante, el CPT ha realizado interesantes aportaciones. Por ejemplo, los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 2º Informe General [CPT/Inf (92) 3] contiene alguna previsión al respecto (par. 39). Pero es en los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 12º Informe General [CPT/Inf (2002) 15] en donde el tema se trata con mayor profundidad (pars. 33-39 y 46 especialmente).

Los citados Standards son de aplicación a todo tipo de detenidos. Sin embargo, pudiera ser de interés incorporar alguna previsión en relación a los interrogatorios de los detenidos de los que se sospeche que padecen algún tipo de trastorno mental.

3.1.4.2. Registro de la detención.

A esta cuestión se refieren los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 2º Informe General [CPT/Inf (92) 3, par. 40]. Su contenido tiene interés en el ámbito de la salud mental:

“El CPT considera que las salvaguardas fundamentales garantizadas a las personas que se encuentran bajo custodia policial se reforzarían (y el trabajo de los agentes de policía se facilitaría posiblemente en gran medida) si existiese una ficha policial única y exhaustiva para cada persona detenida, en donde se recogieran todos los aspectos de su custodia y las acciones llevadas a cabo relacionadas con los mismos (cuándo se vieron privados de libertad y las razones para tomar dichas medidas; cuándo se les informó de sus derechos; señales de heridas, enfermedad mental, etc; cuándo contactaron con el pariente más próximo / cónsul y abogado y cuándo fueron visitados por los mismos; cuándo les ofrecieron alimento; cuándo fueron interrogados; cuándo fueron

²³⁰ “Toda persona que haya sido ilegalmente detenida o presa, tendrá el derecho efectivo a obtener reparación”.

trasladados o puestos en libertad, etc). Para varios asuntos (por ejemplo, las pertenencias personales, el hecho de que se le haya informado de sus derechos y los reclame o los rechace), se debería obtener la firma del detenido y, en su caso, debería explicarse la ausencia de la misma. Además, el abogado del detenido debería tener acceso a dicha ficha policial”.

3.1.4.3. Condiciones de la detención.

Existen también algunos pronunciamientos del CPT que pueden ser interés pues, aunque están dirigidos a todo tipo de detenidos, tienen especial incidencia en el ámbito de las personas que padecen trastornos mentales. Es preciso tener en cuenta, por tanto, las previsiones contenidas sobre calabozos policiales²³¹, necesidades fisiológicas²³², adecuadas instalaciones de aseo²³³, bebida y alimentación²³⁴, ejercicios físicos²³⁵,...

Particular interés tiene, en relación a detenidos con posibles trastornos mentales, algún Standard del CPT sobre “seguridad e integridad física”:

“48. El deber de diligencia que tiene la policía con relación a las personas que se hallan bajo su custodia incluye la responsabilidad de asegurar su *seguridad e integridad física*. Por consiguiente, una vigilancia adecuada de las zonas de detención es un componente integrante del deber de diligencia que corresponde a la policía. Deberían adoptarse medidas apropiadas para asegurar que las personas que se hallan bajo custodia policial puedan ponerse en contacto, en todo momento, con el personal de seguridad.

En varias ocasiones, las delegaciones del CPT han observado que las celdas de la policía están muy lejos de las oficinas o las mesas donde normalmente se encuentran los policías, y que carecen de dispositivos (por ejemplo, un sistema de llamada) para que las personas detenidas puedan llamar la atención de un policía. En tales condiciones, existe un riesgo considerable de que la policía no pueda intervenir oportunamente en caso de incidentes de diversos tipos (violencia entre las personas detenidas, intentos de suicidio, incendios, etc.)” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 12º Informe General, CPT/Inf (2002) 15, par. 48].

E igualmente otro Standard que alude al detenido con trastornos mentales que comparece ante un juez, tras la detención policial:

“Muchos establecimientos policiales visitados por las delegaciones del CPT no cumplen estas normas mínimas, lo que perjudica en particular a las personas que comparecen posteriormente ante una autoridad judicial; con demasiada frecuencia, se lleva a las personas detenidas ante un juez después de haber pasado uno o varios días en celdas sucias que no cumplen las normas mínimas, sin haber podido descansar ni alimentarse debidamente, ni haber tenido la posibilidad de lavarse” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 12º Informe General [CPT/Inf (2002) 15, par. 47].

²³¹ CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 2º Informe General [CPT/Inf (92) 3], pars. 42-43; CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 12º Informe General [CPT/Inf (2002) 15], par. 47.

²³² CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 2º Informe General [CPT/Inf (92) 3], par. 42.

²³³ CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 2º Informe General [CPT/Inf (92) 3], par. 42; CPT Standards (Rev 2006), Extract from the 12th General Report CPT/Inf (2002) 15, par. 47.

²³⁴ CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 2º Informe General [CPT/Inf (92) 3], par. 42; CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 12º Informe General [CPT/Inf (2002) 15], par. 47.

²³⁵ CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 2º Informe General [CPT/Inf (92) 3], par. 42; CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 12º Informe General [CPT/Inf (2002) 15], par. 47.

3.1.4.4.- Inspección y quejas.

Los CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 2º Informe General [CPT/Inf (92) 3], par. 41 y Extracto del 12º Informe General [CPT/Inf (2002) 15], par. 50, establecen la necesidad de que exista una autoridad independiente “para examinar las reclamaciones relativas al tratamiento brindado durante la custodia policilal” y “asegurar satisfactorias condiciones de la detención”.

3.2.- Proceso penal.

Deben diferenciarse varias etapas del procedimiento penal. La prisión preventiva en numerosas ocasiones tiene lugar antes del enjuiciamiento. A esta etapa le sigue el enjuiciamiento y, finalmente existe la fase de ejecución de sentencias, en la cual tienen aspectos que afectan de modo singular a los delincuentes en quienes concurra la condición de paciente mental. Esta sistematización es obligada por la diversidad que se produce en los ordenamientos jurídicos europeos.

La Rec (2004) 10 se limita a aspectos muy concretos del procedimiento penal: intervención policial (art. 32), sujetos arrestados (art. 33), implicación de los tribunales (art. 34) e instituciones penitenciarias (art. 35). No trata sin embargo aspectos básicos del procedimiento penal: el lugar de custodia y evaluación antes del juicio, la peritación (y los problemas derivados de la doble condición del médico como perito y como médico asistencial), el lugar adecuado para el cumplimiento de la pena/medida de seguridad tras el juicio, etc.

Previamente debiera hacerse una reflexión acerca de si es o no oportuno subrayar que los principios básicos sobre salud mental son de aplicación –también– a los pacientes mentales delincuentes²³⁶.

3.2.1.- Prisión preventiva.

En la detención preventiva ha de considerarse tanto el estatuto jurídico del privado de libertad (paciente mental delincuente) como las condiciones –especialmente sanitarias– de custodia y cuidado.

Respecto a lo primero, el art. 5 ECHR’50, es de plena aplicación:

“Artículo 5. 1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad salvo, en los casos siguientes y con arreglo al procedimiento establecido por la Ley;

a) Si ha sido penado legalmente en virtud de una sentencia dictada por un tribunal competente.

b) Si ha sido detenido preventivamente o internado, conforme a derecho, por desobediencia a una orden judicial o para asegurar el cumplimiento de una obligación establecida por la ley.

c) Si ha sido detenido preventivamente o internado, conforme a derecho, para hacerle comparecer ante la autoridad judicial competente, cuando existan indicios racionales de que se

²³⁶ WPA-RLSMI-Athens’89

“The principles set out in these articles shall to the widest possible extent apply to mentally ill offenders, who are admitted to a mental health facility”.

ha cometido una infracción o cuando se estime necesario para impedirle que cometa una infracción o que huya después de haberla cometido.

d) Si se trata del internamiento de un menor en virtud de una orden legalmente acordada con el fin de vigilar su educación o su detención, conforme a derecho, con el fin de hacerle comparecer ante la autoridad competente.

e) Si se trata del internamiento, conforme a derecho, de una persona susceptible de propagar una enfermedad contagiosa, de un enajenado, de un alcohólico, de un toxicómano o de un vagabundo.

f) Si se trata de la detención preventiva o del internamiento, conforme a derecho, de una persona para impedir que entre ilegalmente en el territorio o contra la que esté en curso un procedimiento de expulsión o extradición.

2. Toda persona detenida preventivamente debe ser informada, en el más breve plazo y en una lengua que comprenda, de los motivos de su detención y de cualquier acusación formulada contra ella.

3. Toda persona detenida preventivamente o internada en las condiciones previstas en el párrafo 1, c), del presente artículo deberá ser conducida sin dilación a presencia de un juez o de otra autoridad habilitada por la Ley para ejercer poderes judiciales, y tendrá derecho a ser juzgada en un plazo razonable o a ser puesta en libertad durante el procedimiento. La puesta en libertad puede ser condicionada a una garantía que asegure la comparecencia del interesado en juicio.

4. Toda persona privada de su libertad mediante detención preventiva o internamiento tendrá derecho a presentar un recurso ante un órgano judicial, a fin de que se pronuncie en breve plazo sobre la legalidad de su privación de libertad y ordene su puesta en libertad si fuera ilegal.

5. Toda persona víctima de una detención preventiva o de un internamiento en condiciones contrarias a las disposiciones de este artículo tendrá derecho a una reparación”.

Dicho precepto tiene su homólogo en el art. 9 ICCPR’66²³⁷. Y algún otro instrumento internacional alude a la cuestión. Por ejemplo, en el caso del Consejo de Europa la Rec 818 (1977) refiriéndose al derecho de apelación²³⁸, al cual también se refiere el ICCPR’66 (art. 9.4).

²³⁷ “Artículo 9.

1. Todo individuo tiene derecho a la libertad y a la seguridad personal. Nadie podrá ser sometido a detención o prisión arbitrarias. Nadie podrá ser privado de su libertad, salvo por las causas fijadas por ley y con arreglo al procedimiento establecido en ésta.

2. Toda persona detenida será informada, en el momento de su detención, de las razones de la misma, y notificada, sin demora, de la acusación formulada contra ella.

3. Toda persona detenida o presa a causa de una infracción penal será llevada sin demora ante un juez u otro funcionario autorizado por la ley para ejercer funciones judiciales, y tendrá derecho a ser juzgada dentro de un plazo razonable o a ser puesta en libertad. La prisión preventiva de las personas que hayan de ser juzgadas no debe ser la regla general, pero su libertad podrá estar subordinada a garantías que aseguren la comparecencia del acusado en el acto del juicio, o en cualquier momento de las diligencias procesales y, en su caso, para la ejecución del fallo.

4. Toda persona que sea privada de libertad en virtud de detención o prisión tendrá derecho a recurrir ante un tribunal, a fin de que éste decida a la brevedad posible sobre la legalidad de su prisión y ordene su libertad si la prisión fuera ilegal”.

²³⁸ Rec 818 (1977)

“13. Recommends that the Committee of Ministers invite the governments of the member states:

I. i. to review their legislation and administrative rules on the confinement of the mentally ill, by redefining some basic concepts such as "dangerous", by reducing to the minimum the practice of compulsory detention for an "indeterminate period", by stopping the practice of censoring correspondence, by placing under the jurisdiction of the medical authorities all those declared by the courts to have been insane at the time of committing a crime or at the time of the trial, and by establishing procedures for the hearing of appeals against detention measures”.

Lo relevante, tal vez, sea tener en consideración que efectivamente –como recuerda la ECHR-, que en esta cuestión son las legislaciones nacionales las destinadas a regular tal materia, aunque no debería olvidarse la vigencia del citado art. 5 ECHR’50²³⁹.

Respecto a lo segundo, reseñar que existe una gran heterogeneidad en Europa acerca de cual es el lugar más adecuado para la prisión preventiva (custodia preventiva). En ocasiones, este período de privación de libertad tiene lugar en establecimientos psiquiátricos²⁴⁰, en cuyo caso debieran aplicarse las reglas propias del mismo, sin que las medidas de seguridad sobreañadidas²⁴¹ puedan comportar una disminución de los cuidados y atenciones de los pacientes mentales delincuentes. En este aspecto, la gravedad del trastorno es el parámetro que justificará el destino del paciente concernido²⁴².

El período de prisión preventiva sólo podrá tener lugar en un establecimiento penitenciario cuando el estado del paciente lo permita. En otro caso, deberá ser trasladado a un establecimiento especial, tal como señala el art. 35.1 Rec (2004) 10: “Las personas aquejadas de trastornos mentales no deberán ser objeto de discriminación en los establecimientos penitenciarios. Especialmente, el principio de equivalencia de cuidados deberá ser asegurado en el seno de los establecimientos penitenciarios en lo relativo a la asistencia precisa en salud. Dichos pacientes deberán ser trasladados a un hospital si su estado de salud así lo exigiera”²⁴³. Pero nunca es admisible una dilación injustificada de la privación de libertad²⁴⁴.

²³⁹ Erkaló v. The Netherlands

“52. ... The Court recalls that the Convention here essentially refers back to national law and states the obligation to conform to the substantive and procedural rules thereof; but it requires in addition that any deprivation of liberty should be in conformity with the purpose of Article 5 which is to prevent persons from being deprived of their liberty in an arbitrary fashion (see, among many other authorities, the Johnson v. the United Kingdom judgment of 24 October 1997, *Reports* 1997-VII, p. 2409, § 60)”.

²⁴⁰ UNPMI’91

“Principio 20. Delincuentes.

3. La legislación nacional podrá autorizar a un tribunal o a otra autoridad competente para que, basándose en un dictamen médico competente e independiente, disponga que esas personas sean internadas en una institución psiquiátrica”.

²⁴¹ “Si se recurre al servicio de un hospital civil, surgirán las cuestiones de seguridad. A este respecto, el CPT desea señalar que los presos enviados al hospital a recibir tratamiento no deberían ser atados físicamente a las camas del hospital o a otras piezas del mobiliario por motivos de seguridad. Se pueden encontrar otras medidas para satisfacer las necesidades de seguridad; la creación de una unidad de custodia en dichos hospitales es una posible solución.” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General [CPT/Inf (93) 12], par. 36.

²⁴² “47.1 Specialised prisons or sections under medical control shall be available for the observation and treatment of prisoners suffering from mental disorder or abnormality who do not necessarily fall under the provisions of Rule 12” [Rec (2006) 2].

²⁴³ “Persons who are suffering from mental illness and whose state of mental health is incompatible with detention in a prison should be detained in an establishment specially designed for the purpose” [12.1 Rec (2006) 2].

“Sick prisoners who require specialist treatment shall be transferred to specialised institutions or to civil hospitals. Where hospital facilities are provided in an institution, their equipment, furnishings and pharmaceutical supplies shall be suitable for the medical care and treatment of sick prisoners, and there shall be a staff of suitably trained officers” [26.2 Rec (87) 3].

“I. Main characteristics of the right to health in prison

D. *Psychiatric symptoms, mental disturbance and major personality disorders, risk of suicide*

Si los pacientes permanecen en prisión deberían respetarse los Standards del CPT²⁴⁵, disponiendo de los medios apropiados²⁴⁶. Además debe existir una regulación especial que

55. Prisoners suffering from serious mental disturbance should be kept and cared for in a hospital facility which is adequately equipped and possesses appropriately trained staff. The decision to admit an inmate to a public hospital should be made by a psychiatrist, subject to authorisation by the competent authorities.

56. In those cases where the use of close confinement of mental patients cannot be avoided, it should be reduced to an absolute minimum and be replaced with one-to-one continuous nursing care as soon as possible” [Rec (98) 7].

“100. 1. Persons who are found to be insane should not be detained in prisons and arrangements shall be made to remove them to appropriate establishments for the mentally ill as soon as possible.

2. Specialised institutions or sections under medical management should be available for the observation and treatment of prisoners suffering gravely from any other mental disease or abnormality” [Rec (87) 3].

Rec (2006) 2

“12.1 Persons who are suffering from mental illness and whose state of mental health is incompatible with detention in a prison should be detained in an establishment specially designed for the purpose.

46.1 Sick prisoners who require specialist treatment shall be transferred to specialised institutions or to civil hospitals, when such treatment is not available in prison”.

²⁴⁴ Erkalo v. The Netherlands

“59. Admittedly, the interests of a person who has been placed by a court at the government’s disposal must be weighed against those of the general public. However, it is precisely because of the public interests involved that the Court is struck by the fact that in the instant case, although the relevant authorities – namely the Ministry of Justice, the public prosecutor and the staff of the psychiatric institution – were all aware that the applicant’s placement was due to expire, none of them took any steps to verify whether the request of the public prosecutor had been received at the registry of the Groningen Regional Court and whether a date had been fixed for a hearing on the request. In these circumstances, and in the absence of any adequate safeguards (see paragraph 57 above), the public interest involved cannot be relied upon as a justification for keeping the applicant, who it must be noted was undergoing psychiatric treatment, in a state of uncertainty for over two and a half months. The Court considers in this respect that the onus for ensuring that a request for the extension of a placement order is made and examined in time must be placed on the competent authorities and not on the person concerned.

60. Having regard to the above considerations, the Court finds that the detention of the applicant between the date of the expiry of the initial placement order and the date on which the Groningen Regional Court rendered its decision, namely 3 July and 23 September 1993 respectively, was not compatible with the purpose of Article 5 of the Convention, and was for that reason unlawful. Consequently, there has been a breach of Article 5 § 1 of the Convention”.

²⁴⁵ CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 2º Informe General [CPT/Inf (92) 3], pars. 44-57 y 65-67; Extracto del 7º Informe General [CPT/Inf (97) 10], pars. 12-15; Extracto del 10º Informe General [CPT/Inf (2000) 13], pars. 21-25 y Extracto del 11º Informe General [CPT/Inf (2001) 16], pars. 26-33.

²⁴⁶ “46.2 Where a prison service has its own hospital facilities, they shall be adequately staffed and equipped to provide the prisoners referred to them with appropriate care and treatment” [Rec (2006) 2].

Rec (2004) 10

“Artículo 35. Establecimientos penitenciarios.

3. El tratamiento involuntario en trastornos mentales no deberán tener lugar en establecimientos penitenciarios, salvo que existan servicios hospitalarios o médicos adecuados para el tratamiento de dicho trastorno”.

“43. A los presos enfermos mentales se les debería atender y mantener en una instalación hospitalaria que esté adecuadamente equipada y que cuente con personal debidamente formado. Dichas instalaciones podrían ser un hospital mental civil o una instalación psiquiátrica especialmente instalada dentro del sistema penitenciario.

Por un lado, a menudo se declara que, desde el punto de vista ético, es apropiado hospitalizar a los presos con enfermedades mentales fuera del sistema penitenciario, en instituciones en las cuales el servicio público sanitario es responsable. Por otro lado, se puede discutir que la disposición de instalaciones psiquiátricas dentro del sistema penitenciario permite administrar la asistencia sanitaria en óptimas condiciones de seguridad, y que las actividades de los servicios médicos y sociales se intensifican dentro del sistema” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3er Informe General [CPT/Inf (93) 12], par. 43.

atienda a sus necesidades y tenga en consideración su estado, como afirma la regla 12.2 Rec (2006) 2:

“If such persons are nevertheless exceptionally held in prison there shall be special regulations that take account of their status and needs”.

Dichas necesidades son especialmente importantes en el ámbito sanitario. El Consejo de Europa ha elaborado un amplio conjunto de pautas al respecto, que básicamente afectan a las siguientes materias:

- La responsabilidad de las autoridades penitenciarias para velar por la salud de los presos²⁴⁷.
- La necesaria coordinación de los servicios médicos penitenciarios con los comunitarios²⁴⁸.
- Debe asegurarse la existencia en cada prisión de un médico general cualificado²⁴⁹ y un servicio psiquiátrico²⁵⁰ -sin perjuicio de que todos los médicos de prisiones

“Si se recurre al servicio de un hospital civil, surgirán las cuestiones de seguridad” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General [CPT/Inf (93) 12], par. 36.

²⁴⁷ “39. Prison authorities shall safeguard the health of all prisoners in their care” [Rec (2006) 2].

²⁴⁸ “The medical services should be organised in close relation with the general health administration of the community or nation” 26.1 Rec (87) 3.

“I. Main characteristics of the right to health in prison

A. *Access to a doctor*

7. The prison administration should make arrangements for ensuring contacts and co-operation with local public and private health institutions. Since it is not easy to provide appropriate treatment in prison for certain inmates addicted to drugs, alcohol or medication, external consultants belonging to the system providing specialist assistance to addicts in the general community should be called on for counselling and even care purposes” [Rec (98) 7].

“I. Main characteristics of the right to health in prison

D. *Psychiatric symptoms, mental disturbance and major personality disorders, risk of suicide*

52. The prison administration and the ministry responsible for mental health should co-operate in organising psychiatric services for prisoners” [Rec (98) 7].

“40.1 Medical services in prison shall be organised in close relation with the general health administration of the community or nation.

40.2 Health policy in prisons shall be integrated into, and compatible with, national health policy” [Rec (2006) 2].

²⁴⁹ “At every institution there shall be available the services of at least one qualified general practitioner” 26.1 Rec (87) 3.

“41.1 Every prison shall have the services of at least one qualified general medical practitioner” [Rec (2006) 2].

²⁵⁰ “They [medical services] shall include a psychiatric service for the diagnosis and, in proper cases, the treatment of states of mental abnormality” 26.1 Rec (87) 3.

“I. Main characteristics of the right to health in prison

A. *Access to a doctor*

5. An access to psychiatric consultation and counselling should be secured. There should be a psychiatric team in larger penal institutions. If this is not available as in the smaller establishments, consultations should be assured by a psychiatrist, practising in hospital or in private” [Rec (98) 7].

deban tener conocimientos en trastornos psiquiátricos²⁵¹-. No obstante la importante incidencia de trastornos mentales en el medio penitenciario justifica la dotación de un psiquiatra y de enfermeros con formación en salud mental²⁵²Es obligada igualmente la suficiente disponibilidad de personal sanitario para atender a los presos que lo necesiten²⁵³. No debe delegarse funciones en personal

“100.3. The medical or psychiatric service of the penal institutions shall provide for the psychiatric treatment of all prisoners who are in need of such treatment” [Rec (87) 3].

“7. The Assembly therefore invites the Committee of Ministers to adopt a new recommendation based on the following rules: iv. Situation of detained persons: b. a psychiatrist and specially trained staff should be attached to each penal institution” [Rec 1235 (1994)].

“47.2 The prison medical service shall provide for the psychiatric treatment of all prisoners who are in need of such treatment and pay special attention to suicide prevention” [Rec (2006) 2].

²⁵¹ “I. Main characteristics of the right to health in prison

D. Professional independence

34. Prison doctors should be well versed in both general medical and psychiatric disorders. Their training should comprise the acquisition of initial theoretical knowledge, an understanding of the prison environment and its effects on medical practice in prison, an assessment of their skills, and a traineeship under the supervision of a more senior colleague. They should also be provided with regular in-service training” [Rec (98) 7]

²⁵² “41. En comparación con la población general, hay una alta incidencia de síntomas psiquiátricos entre los presos. Por consiguiente, debería haber un médico especializado en psiquiatría en el servicio de asistencia sanitaria de cada prisión y algunas de las enfermeras empleadas debería haber recibido formación en este campo.

El suministro de personal médico y sanitario, así como la distribución de las prisiones deberían ser los adecuados para permitir llevar a cabo programas de terapia farmacológica, psicoterapéutica y ocupacional” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General [CPT/Inf (93) 12], par. 41.

“I. Main characteristics of the right to health in prison

A. Access to a doctor

1. When entering prison and later on while in custody, prisoners should be able at any time to have access to a doctor or a fully qualified nurse, irrespective of their detention regime and without undue delay, if required by their state of health” [Rec (98) 7].

²⁵³ “I. Main characteristics of the right to health in prison

A. Access to a doctor

2. In order to satisfy the health requirements of the inmates, doctors and qualified nurses should be available on a full-time basis in the large penal institutions, depending on the number and the turnover of inmates and their average state of health” [Rec (98) 7].

“I. Main characteristics of the right to health in prison

A. Access to a doctor

4. Prisoners should have access to a doctor, when necessary, at any time during the day and the night. Someone competent to provide first aid should always be present on the prison premises. In case of serious emergencies, the doctor, a member of the nursing staff and the prison management should be warned; active participation and commitment of the custodial staff is essential” [Rec (98) 7].

“41.2 Arrangements shall be made to ensure at all times that a qualified medical practitioner is available without delay in cases of urgency.

41.3 Where prisons do not have a full-time medical practitioner, a part-time medical practitioner shall visit regularly” [Rec (2006) 2].

paramédico más que en los casos legalmente autorizados y de acuerdo con los códigos deontológicos²⁵⁴. El personal sanitario debe tener suficiente formación²⁵⁵ y estará coordinado por un médico cualificado²⁵⁶.

- En el momento del ingreso en una prisión debe hacerse un examen médico²⁵⁷.

“Por lo que respecta a los servicios de urgencias, siempre debería haber un médico de guardia. Además, siempre debería estar presente alguien competente que pudiese suministrar primeros auxilios en las instalaciones de la prisión, preferiblemente alguien con un título de enfermería reconocido” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General [CPT/Inf (93) 12], par. 35.

“Mientras están bajo custodia, los presos deberían tener acceso a un servicio médico en cualquier momento, independientemente del régimen en el que se encuentren (por lo que respecta al acceso particular de los presos recluidos en prisión incomunicada, ver párrafo 56 del 2º Informe General del CPT [CPT/Inf (92) 3]. El servicio de asistencia sanitaria debería estar organizado para permitir que las peticiones de consulta a un médico sean tramitadas sin retrasos indebidos. El servicio de asistencia sanitaria debería estar organizado para permitir que las peticiones de consulta a un médico sean tramitadas sin retrasos indebidos” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 34].

“32. Las consideraciones que han guiado al CPT durante sus visitas a los servicios de asistencia sanitaria de las prisiones pueden establecerse en el orden que se indica a continuación: a. Acceso a un médico” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3er Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 32].

²⁵⁴ “I. Main characteristics of the right to health in prison

D. *Professional independence*

21. Nurses and other members of the health care staff should perform their tasks under the direct responsibility of the senior doctor, who should not delegate to paramedical personnel tasks other than those authorised by law and by deontological codes. The quality of the medical and nursing services should be assessed by a qualified health authority” [Rec (98) 7].

“76. Para asegurar la presencia de un número adecuado de personal, las enfermeras son frecuentemente asistidas por ordenanzas médicos, algunos de los cuales son contratados de entre los funcionarios de prisiones. A varios niveles, el personal cualificado deberá tener la experiencia necesaria y renovarla periódicamente.

Algunas veces, a los propios presos se les permite actuar como ordenanzas médicos. Sin duda, dicho planteamiento puede tener la ventaja de facilitar que un determinado número de presos desarrollen un trabajo útil. No obstante, se empleará como último recurso. Además, los presos nunca deberían involucrarse en la distribución de medicinas” [CPT Standards (Rev 2006), Extract from the 3rd General Report, CPT/Inf (93) 12, par. 76].

²⁵⁵ “41.4 Every prison shall have personnel suitably trained in health care” [Rec (2006) 2].

“32. Las consideraciones que han guiado al CPT durante sus visitas a los servicios de asistencia sanitaria de las prisiones pueden establecerse en el orden que se indica a continuación: g. Competencia profesional” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General [CPT/Inf (93) 12], par. 32.

²⁵⁶ “The smooth operation of a health care service presupposes that doctors and nursing staff are able to meet regularly and to form a working team under the authority of a senior doctor in charge of the service” [CPT Standards (Rev 2006), Extract from the 3rd General Report, CPT/Inf (93) 12, para. 40].

²⁵⁷ “7. The Assembly therefore invites the Committee of Ministers to adopt a new recommendation based on the following rules: iv. Situation of detained persons: a. any person who is imprisoned should be examined by a doctor” [Rec 1235 (1994)].

“The medical officer shall see and examine every prisoner as soon as possible after admission and thereafter as necessary, with a particular view to the discovery of physical or mental illness and the taking of all measures necessary for medical treatment; the segregation of prisoners suspected of infectious or contagious conditions, the noting of physical or mental defects which might impede resettlement after release; and the determination of the fitness of every prisoner to work” [29 Rec (83) 2].

- Ha de garantizarse la asistencia sanitaria tanto en prisión²⁵⁸ como a través de los servicios médicos externos²⁵⁹. De ser necesario el traslado a un hospital, éste se

“I. Main characteristics of the right to health in prison

A. *Access to a doctor*

1. When entering prison and later on while in custody, prisoners should be able at any time to have access to a doctor or a fully qualified nurse, irrespective of their detention regime and without undue delay, if required by their state of health. All detainees should benefit from appropriate medical examinations on admission. Special emphasis should be put on the screening of mental disorders, of psychological adaptation to prison, of withdrawal symptoms resulting from use of drugs, medication or alcohol, and of contagious and chronic conditions” [Rec (98) 7].

“16. As soon as possible after admission: a) information about the health of the prisoner on admission shall be supplemented by a medical examination in accordance with Rule 42” [Rec (2006) 2].

“42.1 The medical practitioner or a qualified nurse reporting to such a medical practitioner shall see every prisoner as soon as possible after admission, and shall examine them unless this is obviously unnecessary” [Rec (2006) 2].

“El reconocimiento médico en el momento del ingreso, así como el proceso de recepción en su conjunto, juegan un papel importante en este contexto; si se realiza adecuadamente, se podrían identificar al menos algunos de aquellos que corren el riesgo y aliviar parte de la ansiedad experimentada por todos los presos recién llegados” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 58].

“Al ingresar en prisión, todos los presos deberían, sin demora, ser vistos por un miembro de los servicios de asistencia sanitaria del establecimiento. En sus informes hasta la fecha, el CPT recomendaba que cada nuevo recluso fuese adecuadamente entrevistado y, si era necesario, reconocido físicamente por un médico tan pronto como fuera posible tras su internamiento. Habría que añadir que, en algunos países, la revisión médica a la llegada la realiza una enfermera cualificada que informa al médico. Este último planteamiento debería ser considerado como un uso más eficaz de los recursos disponibles.

También sería recomendable que se le entregase a cada preso a su llegada un folleto con información sobre la existencia y funcionamiento del servicio de asistencia sanitaria y sobre las medidas básicas de higiene” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 33].

²⁵⁸ “The medical officer shall have the care of the physical and mental health of the prisoners and shall see, under the conditions and with a frequency consistent with hospital standards, all sick prisoners, all who report illness or injury and any prisoner to whom attention is specially directed” [30.1 Rec (83) 2].

“The medical services of the institution shall seek to detect and shall treat any physical or mental illnesses or defects which may impede a prisoner's resettlement after release. All necessary medical, surgical and psychiatric services including those available in the community shall be provided to the prisoner to that end” [32 Rec (83) 2].

“I. Main characteristics of the right to health in prison

A. *Access to a doctor*

4. Prisoners should have access to a doctor, when necessary, at any time during the day and the night. Someone competent to provide first aid should always be present on the prison premises. In case of serious emergencies, the doctor, a member of the nursing staff and the prison management should be warned; active participation and commitment of the custodial staff is essential” [Rec (98) 7].

“40.4 Medical services in prison shall seek to detect and treat physical or mental illnesses or defects from which prisoners may suffer” [Rec (2006) 2].

“42.3 When examining a prisoner the medical practitioner or a qualified nurse reporting to such a medical practitioner shall pay particular attention to:

b. diagnosing physical or mental illness and taking all measures necessary for its treatment and for the continuation of existing medical treatment” [Rec (2006) 2].

²⁵⁹ “I. Main characteristics of the right to health in prison

efectuará sin dilación²⁶⁰, siendo aconsejable que el recluso sea acompañado por el personal sanitario pertinente²⁶¹. Además se reconocerá el derecho del paciente a ser atendido por un médico de su elección a su costa²⁶². Antes de la liberación debe garantizarse el reconocimiento médico del recluso²⁶³ e incluso darle el suficiente apoyo tras la liberación²⁶⁴. Durante el período de reclusión ha de prestarse atención a determinados aspectos relacionados con la salud mental²⁶⁵. Por ello el personal

A. *Access to a doctor*

3. A prison's health care service should at least be able to provide out-patient consultations and emergency treatment. When the state of health of the inmates requires treatment which cannot be guaranteed in prison, everything possible should be done to ensure that treatment is given, in all security in health establishments outside the prison" [Rec (98) 7].

“El servicio de asistencia sanitaria en las prisiones debería ofrecer consultas al menos periódicas y un servicio de urgencias (por supuesto, además debe haber una unidad tipo hospital con camas)”. [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 35].

“Los médicos de la prisión deberían poder recurrir a los servicios de los especialistas” [CPT Standards (Rev. 2006), Extracto del 3^{er}, CPT/Inf (93) 12, par. 35].

²⁶⁰ “Cada vez que los presos necesiten ser hospitalizados o examinados por un especialista en un hospital, deberían ser transportados con la prontitud y en la forma exigida por su estado de salud” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 37].

²⁶¹ “I. Main characteristics of the right to health in prison

A. *Access to a doctor*

9. In being escorted to hospital the patient should be accompanied by medical or nursing staff, as required” [Rec (98) 7].

²⁶² “I. Main characteristics of the right to health in prison

C. *Patient's consent and confidentiality*

17. Remand prisoners should be entitled to ask for a consultation with their own doctor or another outside doctor at their own expense” [Rec (98) 7].

²⁶³ “42.2 The medical practitioner or a qualified nurse reporting to such a medical practitioner shall examine the prisoner if requested at release, and shall otherwise examine prisoners whenever necessary.

42.3 When examining a prisoner the medical practitioner or a qualified nurse reporting to such a medical practitioner shall pay particular attention to:

h. noting physical or mental defects that might impede resettlement after release” [Rec (2006) 2].

²⁶⁴ “42.3 When examining a prisoner the medical practitioner or a qualified nurse reporting to such a medical practitioner shall pay particular attention to:

j. making arrangements with community agencies for the continuation of any necessary medical and psychiatric treatment after release, if prisoners give their consent to such arrangements” [Rec (2006) 2].

“100.4. Action should be taken, by arrangement with the appropriate community agencies, to ensure where necessary the continuation of psychiatric treatment after release and the provision of social psychiatric after-care” [Rec (87) 3].

²⁶⁵ “42.3 When examining a prisoner the medical practitioner or a qualified nurse reporting to such a medical practitioner shall pay particular attention to:

d. dealing with withdrawal symptoms resulting from use of drugs, medication or alcohol

e. identifying any psychological or other stress brought on by the fact of deprivation of liberty” [Rec (2006) 2].

“43.2 The medical practitioner or a qualified nurse reporting to such a medical practitioner shall pay particular attention to the health of prisoners held under conditions of solitary confinement, shall visit such prisoners daily, and shall provide them with prompt medical assistance and treatment at the request of such prisoners or the prison staff” [Rec (2006) 2].

sanitario ha de tener una formación adecuada para detectar cualquier tipo de trastorno mental²⁶⁶ y de situaciones que prevengan la violencia²⁶⁷. La peculiaridad del personal sanitario justificaría incluso la existencia de una especialidad profesional²⁶⁸.

- La cantidad²⁶⁹ y calidad de la asistencia han de ser similares al entorno comunitario²⁷⁰. Dicha asistencia ha de tener un carácter integral²⁷¹. En

²⁶⁶ “El CPT desea subrayar el papel que juega la dirección de la prisión en la detección preventiva de los presos que sufren deficiencias psiquiátricas (por ejemplo, depresión, estado reactivo, etc.), con el fin de permitir que se realicen los ajustes adecuados a su medio ambiente. Esta actividad puede ser promovida facilitando formación sanitaria adecuada a determinados miembros del personal de custodia” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 42].

²⁶⁷ “Los médicos y las enfermeras de las prisiones deberían tener conocimientos especializados que les capaciten para tratar las formas particulares de patología de prisiones y para adaptar sus métodos de tratamiento a las condiciones impuestas por la detención. En particular, se deberían desarrollar actitudes profesionales diseñadas para prevenir la violencia – y, si fuera necesario, para controlarla –” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 75].

²⁶⁸ “Por último, el CPT sugiere que las características específicas del suministro de asistencia sanitaria en un ambiente penitenciario podrían justificar la introducción de una especialidad profesional reconocida, tanto para los médicos como para las enfermeras, basada en una formación de postgrado y en una formación de servicio interno regular” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 77].

²⁶⁹ “The medical officer shall have the care of the physical and mental health of the prisoners and shall see, under the conditions and with a frequency consistent with hospital standards, all sick prisoners, all who report illness or injury and any prisoner to whom attention is specially directed” [30.1 Rec (83) 2].

²⁷⁰ “40.3 Prisoners shall have access to the health services available in the country without discrimination on the grounds of their legal situation” [Rec (2006) 2]. “40.5 All necessary medical, surgical and psychiatric services including those available in the community shall be provided to the prisoner for that purpose” [Rec (2006) 2].

“43.1 The medical practitioner shall have the care of the physical and mental health of the prisoners and shall see, under the conditions and with a frequency consistent with health care standards in the community, all sick prisoners, all who report illness or injury and any prisoner to whom attention is specially directed” [Rec (2006) 2].

“Las consideraciones que han guiado al CPT durante sus visitas a los servicios de asistencia sanitaria de las prisiones pueden establecerse en el orden que se indica a continuación: b. Igualdad en la asistencia” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3er Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 32].

“In the following paragraphs, some of the main issues pursued by CPT delegations when examining health care services within prisons are described. However, at the outset the CPT wishes to make clear the importance which it attaches to the general principle - already recognised in most, if not all, of the countries visited by the Committee to date - that prisoners are entitled to the same level of medical care as persons living in the community at large. This principle is inherent in the fundamental rights of the individual” [CPT Standards (Rev 2006), Extract from the 3rd General Report, CPT/Inf (93) 12, par. 31].

²⁷¹ “La tarea de los servicios de asistencia sanitaria en las prisiones no debería limitarse al tratamiento de pacientes enfermos. Deberían ser además responsables de la medicina social y preventiva” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 52].

““38. Un servicio de asistencia sanitaria de una prisión debería poder proporcionar tratamiento médico y cuidados de enfermería, así como las dietas apropiadas, fisioterapia, rehabilitación o cualquier otra atención especial necesaria en unas condiciones comparables a aquellas que disfrutaban los pacientes de la comunidad exterior. Se debería adaptar el suministro de personal médico, técnico y enfermeros, así como las instalaciones y el equipo.

consecuencia, la atención en materia de salud mental ha de ser la óptima²⁷². O, como señala la Rec (2004) 10, en su art. 35.1: “1. Las personas aquejadas de trastornos mentales no deberán ser objeto de discriminación en los establecimientos penitenciarios. Especialmente, el principio de equivalencia de cuidados deberá ser asegurado en el seno de los establecimientos penitenciarios en lo relativo a la asistencia precisa en salud”. E, igualmente, debe garantizarse que los detenidos/penados/internados se beneficien de las diversas opciones terapéuticas, tal como señala el art. 35.2 Rec (2004) 10: “Las personas aquejadas de trastorno mental, reclusas en establecimientos penitenciarios, deberán beneficiarse de las opciones terapéuticas apropiadas”

- Detección de supuestos que desaconsejen la permanencia en prisión²⁷³ y de las personas que sean particularmente vulnerables²⁷⁴.

Se debería hacer una supervisión adecuada de la farmacia y de la distribución de las medicinas. Además, la preparación de medicinas se debería confiar siempre a personal cualificado (farmacéuticos / enfermeros, etc)” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 38].

“32. Las consideraciones que han guiado al CPT durante sus visitas a los servicios de asistencia sanitaria de las prisiones pueden establecerse en el orden que se indica a continuación: d. Asistencia sanitaria preventiva” [CPT Standards (Rev. 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 32].

“El suministro de personal médico y sanitario, así como la distribución de las prisiones deberían ser los adecuados para permitir llevar a cabo programas de terapia farmacológica, psicoterapéutica y ocupacional” [CPT Standards (Rev. 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 41].

“69. Las necesidades de estos presos no son realmente médicas, pero el médico de la prisión puede promover el desarrollo de programas socio-terapéuticos para ellos en las unidades penitenciarias que están organizadas en la comunidad y sean cuidadosamente supervisadas.

Dichas unidades pueden hacer disminuir la humillación, el desprecio y el odio que sienten los presos por sí mismos, darles un sentido de responsabilidad y prepararlos para la reintegración. Otra ventaja directa de los programas de este tipo es que implican la participación activa y el compromiso del personal penitenciario”. [CPT Standards (Rev. 2006), Extracto del 3er Informe General CPT/Inf (93) 12, par. 69].

²⁷² “UNMPI’91. Principio 20. Delincuentes

1. El presente principio se aplicará a las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental.

2. Todas estas personas deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental, según lo estipulado en el principio 1 *supra*. Los presentes Principios se aplicarán en su caso en la medida más plena posible, con las contadas modificaciones y excepciones que vengan impuestas por las circunstancias. Ninguna modificación o excepción podrá menoscabar los derechos de las personas reconocidos en los instrumentos señalados en el párrafo 5 del principio 1 *supra*”.

“Rec (2004) 10

“Artículo, 35.2 Las personas aquejadas de trastorno mental, reclusas en establecimientos penitenciarios, deberán beneficiarse de las opciones terapéuticas apropiadas”

²⁷³ “The medical officer shall report to the director whenever it is considered that a prisoner's physical or mental health has been or will be adversely affected by continued imprisonment or by any condition of imprisonment” [30.2 Rec (83) 2]. “The director shall consider the reports and advice that the medical officer submits according to Rules 30, paragraph 2, and 31, paragraph 1, and, when in concurrence with the recommendations made, shall take immediate steps to give effect to those recommendations; if they are not within the director's competence or if the director does not concur with them, the director shall immediately submit a personal report and the advice of the medical officer to higher authority” [31.2 Rec (83) 2].

- Principio de conservación de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales²⁷⁵.
- Han de ser respetados de modo similar que para el resto de la población los derechos al consentimiento informado²⁷⁶ -sólo limitado en el caso de que el paciente suponga un peligro para el resto de la población reclusa²⁷⁷, o cuando así lo decida la autoridad judicial²⁷⁸-, la confidencialidad de los datos médicos²⁷⁹, a la

“43.3 The medical practitioner shall report to the director whenever it is considered that a prisoner's physical or mental health is being put seriously at risk by continued imprisonment or by any condition of imprisonment, including conditions of solitary confinement” [Rec (2006) 2].

²⁷⁴ “Certain specific categories of particularly vulnerable prisoners can be identified. Prison health care services should pay especial attention to their needs” [CPT Standards (Rev 2006), Extract from the 3rd General Report, CPT/Inf (93) 12, par. 64].

²⁷⁵ UNPMI'91

“Principio 1. Libertades fundamentales y derechos básicos

5. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión”.

²⁷⁶ “I. Main characteristics of the right to health in prison

C. *Patient's consent and confidentiality*

14. Unless inmates suffer from any illness which renders them incapable of understanding the nature of their condition, they should always be entitled to give the doctor their informed consent before any physical examination of their person or their body products can be undertaken, except in cases provided for by law. The reasons for each examination should be clearly explained to, and understood by, the inmates. The indication for any medication should be explained to the inmates, together with any possible side effects likely to be experienced by them.

15. Informed consent should be obtained in the case of mentally ill patients as well as in situations when medical duties and security requirements may not coincide, for example refusal of treatment or refusal of food.

16. Any derogation from the principle of freedom of consent should be based upon law and be guided by the same principles which are applicable to the population as a whole” [Rec (98) 7].

“Las consideraciones que han guiado al CPT durante sus visitas a los servicios de asistencia sanitaria de las prisiones pueden establecerse en el orden que se indica a continuación: c. Consentimiento del paciente y confidencialidad” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 32].

²⁷⁷ “I. Main characteristics of the right to health in prison

D. *Professional independence*

32. In certain exceptional cases, and in any event in strict compliance with the rules of professional ethics, the informed consent of the prisoner need not be regarded as essential, in particular, if the doctor considers that he or she has an overriding responsibility both to the patient and to the rest of the prison community to report a serious incident that presents a real danger” [Rec (98) 7]

²⁷⁸ “Courts and prisons

6. The CDBI-PH was of the opinion that criteria under criminal law should follow the same as those applied in civil law with the following exceptions:

- Consent may be given by the person concerned to placement or treatment but court may nevertheless impose placement or treatment” (WP-CDBI'2000).

²⁷⁹ “I. Main characteristics of the right to health in prison

C. *Patient's consent and confidentiality*

creación de un historial clínico²⁸⁰. El trato en todo momento ha de ser digno y humano²⁸¹.

13. Medical confidentiality should be guaranteed and respected with the same rigour as in the population as a whole” [Rec (98) 7].

“I. Main characteristics of the right to health in prison

C. *Patient's consent and confidentiality*

18. ... The records should be transferred under conditions ensuring their confidentiality” [Rec (98) 7].

“42.3 When examining a prisoner the medical practitioner or a qualified nurse reporting to such a medical practitioner shall pay particular attention to:

a. observing the normal rules of medical confidentiality” [Rec (2006) 2].

“Todos los exámenes médicos de los presos (ya sea en el momento del ingreso en prisión o con posterioridad) deberían llevarse a cabo fuera del alcance del oído y -a menos que el médico competente requiera lo contrario- fuera de la vista de los funcionarios de prisión. Además, los presos deberían ser examinados de forma individual y no en grupos” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 51].

“Los presos deberían poder dirigirse al servicio de asistencia sanitaria de forma confidencial, por ejemplo mediante un mensaje en un sobre cerrado. Además, los funcionarios de prisiones no deberían examinar las solicitudes para consultar un médico” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 34].

“Las consideraciones que han guiado al CPT durante sus visitas a los servicios de asistencia sanitaria de las prisiones pueden establecerse en el orden que se indica a continuación: c. Consentimiento del paciente y confidencialidad” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 32].

“Courts and prisons

10. As regards prison care facilities, the Working Party considered that medical confidentiality should be guaranteed and respected with the same rigour as in the population as a whole. It also felt that prison should not be authorised to take people who are subject to involuntary placement or treatment under the mental health legislation, except where specially designated hospital units exist” (WP-CDBI'2000).

²⁸⁰ “I. Main characteristics of the right to health in prison

C. *Patient's consent and confidentiality*

18. All transfers to other prisons should be accompanied by full medical records. The records should be transferred under conditions ensuring their confidentiality. Prisoners should be informed that their medical record will be transferred. They should be entitled to object to the transfer, in accordance with national legislation.

All released prisoners should be given relevant written information concerning their health for the benefit of their family doctor [Rec (98) 7].

“Se debería rellenar una ficha médica de cada paciente con la información del diagnóstico, así como el registro de la evolución del paciente y de cada uno de los exámenes especiales a los que ha sido sometido. En el caso de traslado, la ficha debería ser entregada a los médicos del nuevo establecimiento. Además, los registros diarios deberán ser guardados por los equipos de asistencia sanitaria y en ellos se deberían mencionar los incidentes particulares relativos a los pacientes. Dichos registros son útiles porque proporcionan una visión global de la situación de la asistencia sanitaria en la prisión al mismo tiempo que subrayan los problemas específicos que puedan surgir” [CPT Standards (Rev 2006), Extract from the 3rd General Report, CPT/Inf (93) 12, par. 39].

²⁸¹ “Las consideraciones que han guiado al CPT durante sus visitas a los servicios de asistencia sanitaria de las prisiones pueden establecerse en el orden que se indica a continuación: e. Asistencia humanitaria” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3er Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 32].

“Los servicios de asistencia sanitaria para las personas privadas de libertad es un tema de gran importancia para el mandato del CPT. Un nivel inadecuado de asistencia sanitaria puede conducir rápidamente a situaciones que caigan dentro del ámbito del término “tratamiento inhumano y degradante”. Además, el servicio de asistencia sanitaria en un establecimiento determinado puede jugar potencialmente un papel importante para combatir la imposición de malos tratos, tanto en dicho establecimiento como en cualquier otra parte (en particular en las dependencias policiales). Además, una buena asistencia sanitaria tiene la facultad de conseguir un impacto

- Equivalencia de los estándares profesionales a los existentes en el medio externo²⁸², debiendo respetarse la independencia profesional²⁸³. Lo que implica una homologación con el estatuto del personal sanitario del entorno externo²⁸⁴.
- El empleo de medios coercitivos se reducirá al mínimo y sólo en casos indispensables²⁸⁵.

positivo en la calidad de vida global del establecimiento en el que se aplica” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3er Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 30].

²⁸² “I. Main characteristics of the right to health in prison

D. Professional independence

19. Doctors who work in prison should provide the individual inmate with the same standards of health care as are being delivered to patients in the community. The health needs of the inmate should always be the primary concern of the doctor.

20. Clinical decisions and any other assessments regarding the health of detained persons should be governed only by medical criteria” [Rec (98) 7].

“Principio 1

El personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas” UNPMEP’82.

“También debería tenerse en cuenta que la libertad profesional del médico está limitada por la propia situación de la prisión: no puede elegir libremente a sus pacientes, ya que los presos no tienen ninguna otra opción médica a su disposición. Su deber profesional sigue existiendo si el paciente rompe las normas médicas o recurre a las amenazas o a la violencia” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 74].

“Sea cual sea el puesto bajo el cual el médico de la prisión lleva a cabo su actividad, sus decisiones clínicas se deberían regir tan sólo por criterios médicos.

La calidad y la eficacia del trabajo médico deberían ser valoradas por una autoridad médica cualificada. De la misma forma, los recursos disponibles serán gestionados por dicha autoridad, no por los organismos responsables de la seguridad o la administración” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 72].

²⁸³ ““Las consideraciones que han guiado al CPT durante sus visitas a los servicios de asistencia sanitaria de las prisiones pueden establecerse en el orden que se indica a continuación: f. Independencia profesional” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3er Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 32].

²⁸⁴ “El personal sanitario de una prisión es potencialmente un personal en riesgo. Su deber de cuidar a los pacientes (presos enfermos) puede entrar a menudo en conflicto con las consideraciones de la dirección y seguridad de la prisión. Ello puede dar lugar a difíciles cuestiones y elecciones éticas. Con el fin de garantizar su independencia en los asuntos de asistencia sanitaria, el CPT considera importante que dicho personal sea alineado tan estrechamente como sea posible con el servicio de asistencia sanitaria de la comunidad en general” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3er Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 71].

²⁸⁵ “I. Main characteristics of the right to health in prison

D. Psychiatric symptoms, mental disturbance and major personality disorders, risk of suicide

57. Under exceptional circumstances, physical restraint for a brief period in cases of severely mentally ill patients may be envisaged, while the calming action of appropriate medication begins to take effect” [Rec (98) 7].

“El paciente mentalmente perturbado y violento debería ser tratado bajo una estrecha supervisión y apoyo sanitario, combinado, si así se considera adecuado, con sedantes. El recurso a los instrumentos de represión física podrá ser justificado en contadas ocasiones y deberá ser expresamente ordenado por un médico o llevado a conocimiento del

- Especial atención se prestará a la evaluación del riesgo de suicidio²⁸⁶.
- Necesario control sanitario de las condiciones de alimentación e higiene²⁸⁷.
- La autoridad penitenciaria debe tener en consideración las recomendaciones médicas²⁸⁸ o, en caso contrario, ha de elevar a la autoridad correspondiente el caso²⁸⁹.

mismo con el fin de conseguir su aprobación. Los instrumentos de represión física deberían ser retirados a la mínima oportunidad. No deberían ser nunca aplicados, ni su aplicación prolongada como castigo.

En caso de que se recurra a los instrumentos de represión física, se debería registrar tanto en el historial del paciente como en el archivo adecuado, indicando el número de veces en que la medida ha comenzado y ha finalizado así como las circunstancias del caso y los motivos que han llevado a recurrir a dichos medios” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 44].

²⁸⁶ “I. Main characteristics of the right to health in prison

D. Psychiatric symptoms, mental disturbance and major personality disorders, risk of suicide

58. The risk of suicide should be constantly assessed both by medical and custodial staff. Physical methods designed to avoid self-harm, close and constant observation, dialogue and reassurance, as appropriate, should be used in moments of crisis” [Rec (98) 7].

“Además, el personal penitenciario, sea cual sea su trabajo particular, debería tener en cuenta los indicios de riesgo de suicidio (lo que implica recibir formación para reconocer dicha situación). A este respecto, se debería tener en cuenta que los períodos inmediatamente anteriores y posteriores al juicio y, en algunos casos, el período anterior a la liberación, implica un mayor riesgo de suicidio” [CPT Standards (Rev. 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 58].

“Una persona identificada como propensa al suicidio debería ser mantenida, tanto tiempo como fuese necesario, bajo un régimen especial de observación. Además, dichas personas deberían ser apartadas de cualquier medio que les permita quitarse la vida (barrotes de la ventana de la celda, cristales rotos, cinturones o corbatas, etc.). También se deberían tomar medidas para garantizar una información adecuada –tanto dentro de un establecimiento determinado como entre distintos establecimientos (y más específicamente entre sus respectivos servicios de asistencia sanitaria)– sobre las personas que hayan sido identificadas como potencialmente suicidas” [CPT Standards (Rev. 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 59].

“La prevención contra el suicidio es otro de los asuntos que se incluyen dentro de los objetivos del servicio de asistencia sanitaria en las prisiones. Dicho servicio debería garantizar que exista una concienciación adecuada de este tema en todo el establecimiento y que se hayan tomado las medidas adecuadas” [CPT Standards (Rev. 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 57].

²⁸⁷ “44. The medical practitioner or other competent authority shall regularly inspect, collect information by other means if appropriate, and advise the director upon:

- a. the quantity, quality, preparation and serving of food and water;
- b. the hygiene and cleanliness of the institution and prisoners;
- c. the sanitation, heating, lighting and ventilation of the institution; and
- d. the suitability and cleanliness of the prisoners’ clothing and bedding” [Rec (2006) 2].

“Los servicios de asistencia sanitaria de las prisiones – actuando en colaboración con otros - supervisarán el catering (cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos) y las condiciones de higiene (limpieza de ropa y cama, acceso al agua corriente, instalaciones sanitarias), así como también la calefacción, iluminación y ventilación de las celdas. Además se debería tener en cuenta el trabajo y el ejercicio al aire libre.

La insalubridad, la superpoblación, el aislamiento e inactividad prolongados podrían hacer necesaria la asistencia médica para un preso particular o la acción médica general con respecto a la autoridad responsable” [CPT Standards (Rev. 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 53].

- Un ente independiente debe monitorizar el tratamiento y cuidado de los pacientes con trastorno mental reclusos²⁹⁰.
- El médico penitenciario no debe autorizar medidas punitivas²⁹¹.

3.2.2.- Enjuiciamiento.

Todo paciente mental delincuente ha de presumirse inocente hasta tanto se demuestre lo contrario, debiéndosele aplicar las garantías internacionalmente reconocidas²⁹², no pudiéndosele condenar sino por hechos legalmente previstos con antelación²⁹³ mediante el

²⁸⁸ “45.1 The director shall consider the reports and advice that the medical practitioner or other competent authority submits according to Rules 43 and 44 and, when in agreement with the recommendations made, shall take immediate steps to implement them” [Rec (2006) 2].

²⁸⁹ “45.2 If the recommendations of the medical practitioner are not within the director's competence or if the director does not agree with them, the director shall immediately submit the advice of the medical practitioner and a personal report to higher authority” [Rec (2006) 2].

²⁹⁰ “Artículo 35. Establecimientos penitenciarios.

4. Un sistema independiente deberá supervisar el tratamiento y cuidados de las personas que padezcan trastornos mentales en el seno de los establecimientos penitenciarios” [Rec (2004) 10].

²⁹¹ “Un médico de prisión actúa como el médico personal del paciente. Por consiguiente, en interés de salvaguardar la relación doctor / paciente, no se le debería pedir que certifique que un preso está en condiciones de sufrir un castigo. Ni debería realizar ninguna exploración ni examen corporal requerido por una autoridad, excepto en caso de urgencia en el que no se pueda avisar a ningún otro médico” [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 3^{er} Informe General, CPT/Inf (93) 12, par. 73].

²⁹² “Artículo 11.1. Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa” UDHR’48.

“Artículo 14.2. Toda persona acusada de un delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad conforme a la ley” ICCPR’66.

“Artículo 6.2. Toda persona acusada de una infracción se presume inocente hasta que su culpabilidad haya sido legalmente declarada” ECHR’50.

²⁹³ “Artículo 11.2. Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito” UDHR’48..

“Artículo 15

1. Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueran delictivos según el derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito. Si con posterioridad a la comisión del delito la ley dispone la imposición de una pena más leve, el delincuente se beneficiará de ello.

2. Nada de lo dispuesto en este artículo se opondrá al juicio ni a la condena de una persona por actos u omisiones que, en el momento de cometerse, fueran delictivos según los principios generales del derecho reconocidos por la comunidad internacional” ICCPR’66.

“Artículo 7. 1. Nadie podrá ser condenado por una acción y o una omisión que, en el momento en que haya sido cometida, no constituya una infracción según el Derecho nacional o internacional. Igualmente no podrá ser impuesta una pena más grave que la aplicable en el momento en que la infracción haya sido cometida.

procedimiento legalmente previsto²⁹⁴, debiéndose tener presente el art. 5.1 ECHR'50²⁹⁵ e igualmente el art. 6 referido al derecho a un juicio justo y con garantías:

“Artículo 6. 1. Toda persona tiene derecho a que su causa sea oída equitativa, públicamente y dentro de un plazo razonable, por un Tribunal independiente e imparcial, establecido por la Ley, que decidirá los litigios sobre sus derechos y obligaciones de carácter civil o sobre el fundamento de cualquier acusación en materia penal dirigida contra ella. La sentencia debe ser pronunciada públicamente, pero el acceso a la Sala de Audiencia puede ser prohibido a la prensa y al público durante la totalidad o parte del proceso en interés de la moralidad, del orden público o de la seguridad nacional en una sociedad democrática, cuando los intereses de los menores o la protección de la vida privada de las partes en el proceso así lo exijan o en la medida considerada necesaria por el Tribunal, cuando en circunstancias especiales la publicidad pudiera ser perjudicial para los intereses de la justicia.

2. Toda persona acusada de una infracción se presume inocente hasta que su culpabilidad haya sido legalmente declarada.

3. Todo acusado tiene, como mínimo, los siguientes derechos:

- a) a ser informado, en el más breve plazo, en una lengua que comprenda y detalladamente, de la naturaleza y de la causa de la acusación formulada contra él;
- b) a disponer del tiempo y de las facilidades necesarias para la preparación de su defensa;
- c) a defenderse por sí mismo o a ser asistido por un defensor de su elección y, si no tiene medios para pagarlo, poder ser asistido gratuitamente por un Abogado de oficio, cuando los intereses de la justicia lo exijan;
- d) a interrogar o hacer interrogar a los testigos que declaren contra él y a obtener la citación y el interrogatorio de los testigos que declaren en su favor en las mismas condiciones que los testigos que lo hagan en su contra;
- e) a ser asistido gratuitamente de un intérprete, si no comprende o no habla la lengua empleada en la Audiencia”.

Este precepto está en consonancia con lo establecido en el art. 14 ICCPR'66²⁹⁶.

2. El presente artículo no impedirá el juicio y el castigo de una persona culpable de una acción o de una omisión que, en el momento de su comisión, constituía delito según los principios generales del derecho reconocidos por las naciones civilizadas” ECHR'50.

²⁹⁴ “Artículo 14.7. Nadie podrá ser juzgado ni sancionado por un delito por el cual haya sido ya condenado o absuelto por una sentencia firme de acuerdo con la ley y el procedimiento penal de cada país” ICCPR'66.

²⁹⁵ “Artículo 5. 1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad salvo, en los casos siguientes y con arreglo al procedimiento establecido por la Ley;

- a) Si ha sido penado legalmente en virtud de una sentencia dictada por un tribunal competente.
- b) Si ha sido detenido preventivamente o internado, conforme a derecho, por desobediencia a una orden judicial o para asegurar el cumplimiento de una obligación establecida por la ley.
- c) Si ha sido detenido preventivamente o internado, conforme a derecho, para hacerle comparecer ante la autoridad judicial competente, cuando existan indicios racionales de que se ha cometido una infracción o cuando se estime necesario para impedirle que cometa una infracción o que huya después de haberla cometido”.

²⁹⁶ “Artículo 14. Observación general sobre su aplicación.

1. Todas las personas son iguales ante los tribunales y cortes de justicia. Toda persona tendrá derecho a ser oída públicamente y con las debidas garantías por un tribunal competente, independiente e imparcial, establecido por la ley, en la substanciación de cualquier acusación de carácter penal formulada contra ella o para la determinación de sus derechos u obligaciones de carácter civil. La prensa y el público podrán ser excluidos de la totalidad o parte de los juicios por consideraciones de moral, orden público o seguridad nacional en una sociedad democrática, o cuando lo exija el interés de la vida privada de las partes o, en la medida estrictamente necesaria en opinión del tribunal, cuando por circunstancias especiales del asunto la publicidad pudiera perjudicar a los intereses de la justicia; pero toda sentencia en materia penal o contenciosa será pública, excepto en los casos en que el interés de menores de edad exija lo contrario, o en las acusaciones referentes a pleitos matrimoniales o a la tutela de menores.

El Consejo de Europa ha centrado su atención, básicamente en dos Recomendaciones. En primer lugar, en la Rec 818 (1977) que se refería tanto al derecho de audiencia y defensa²⁹⁷, como al de apelación de las decisiones judiciales -reconocido también en el ámbito de Naciones Unidas²⁹⁸-. El art. 34.2 Rec (2004) 10 establece:

“Artículo 34. Implicación de los tribunales.

2. Los tribunales deberán adoptar las decisiones relativas al internamiento o al tratamiento para el trastorno mental, fundamentada en una evaluación médica válida y fiable y teniendo en consideración las necesidades de las personas aquejadas por trastornos mentales a fin de ser tratadas en un lugar adaptado a tales necesidades. Esta disposición ha de entenderse, sin perjuicio de la facultad que puede tener un tribunal para imponer –conforme a la ley- una evaluación psiquiátrica y el seguimiento psiquiátrico o psicológico como alternativa al encarcelamiento o al pronunciamiento de una definición penal definitiva”.

3.2.3.- Ejecución de la sentencia.

La decisión que se adopte tras el juicio debe tener en cuenta la necesidad del tratamiento del paciente mental delincuente, pudiendo contemplar tanto el ingreso en una institución como la suspensión de la pena/medida de seguridad:

“Courts and prisons

7. The Working Party also felt that courts and court-like bodies should be able to sentence a person to placement (in a medically appropriate place), and/or treatment or discharge with or without conditions on the basis of expert opinion” (WP-CDBI’2000).

El traslado, cuando sea necesario a un hospital adecuado, debería estar asimismo contemplado:

2. Toda persona acusada de un delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad conforme a la ley.

3. Durante el proceso, toda persona acusada de un delito tendrá derecho, en plena igualdad, a las siguientes garantías mínimas:

- a) A ser informada sin demora, en un idioma que comprenda y en forma detallada, de la naturaleza y causas de la acusación formulada contra ella;
- b) A disponer del tiempo y de los medios adecuados para la preparación de su defensa y a comunicarse con un defensor de su elección;
- c) A ser juzgado sin dilaciones indebidas;
- d) A hallarse presente en el proceso y a defenderse personalmente o ser asistida por un defensor de su elección; a ser informada, si no tuviera defensor, del derecho que le asiste a tenerlo, y, siempre que el interés de la justicia lo exija, a que se le nombre defensor de oficio, gratuitamente, si careciere de medios suficientes para pagarlo;
- e) A interrogar o hacer interrogar a los testigos de cargo y a obtener la comparecencia de los testigos de descargo y que éstos sean interrogados en las mismas condiciones que los testigos de cargo;
- f) A ser asistida gratuitamente por un intérprete, si no comprende o no habla el idioma empleado en el tribunal;
- g) A no ser obligada a declarar contra sí misma ni a confesarse culpable”.

²⁹⁷ Rec 818 (1977)

“13. Recommends that the Committee of Ministers invite the governments of the member states:

iii. to ensure that court decisions are not taken on the basis of medical reports only, but that the mental patient, like any other person, is fully given the right to be heard, and that in cases where an offence is alleged a lawyer is also present throughout the proceedings”.

²⁹⁸ ICCPR’66

“Artículo 14.5. Toda persona declarada culpable de un delito tendrá derecho a que el fallo condenatorio y la pena que se le haya impuesto sean sometidos a un tribunal superior, conforme a lo prescrito por la ley”

“Courts and prisons

8. The CDBI-PH considered that, in sentencing, the courts should take into consideration the fact that people with mental disorders should be treated in a medically appropriate place. Furthermore, transfers between prison and hospital should occur where necessary for assessment and/or treatment to occur” (WP-CDBI’2000).

El Consejo de Europa ha sido consciente de que no existe una exclusiva solución para el tratamiento y custodia de los enfermos mentales delincuentes:

“Courts and prisons

9 It was also noted that people with mental disorders may be treated in the community, normal prison facilities or psychiatric establishments, both civil and secure (outside prison or in specialised prison facilities subject to Recommendation No R (98)7 of the Committee of Ministers to member States concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison (paragraph 55 of the Appendix thereof)). The indications for treating in different settings include the severity of the mental disorder or its treatability. Substance abuse (of alcohol and/or drugs) or personality disorder may be considered treatable in any of the above settings, but this will be dependent on expert psychiatric opinion following examination of the individual concerned. A prisoner (or his/her legal representative) who considers that the care given in prison is inappropriate to his/her condition or who considers that his/her condition is incompatible with a prison environment should be able to request an expert opinion on his condition. If his/her transfer is denied, an effective appeal system should be made available” (WP-CDBI’2000).

Por supuesto que, en el caso de que el paciente mental delincuente sea destinado a un establecimiento penitenciario, la calidad del cuidado y los estándares de calidad asistencial han de ser los adecuados:

“Courts and prisons

10. ... When such units exist within a prison [specially designated hospital units], the national monitoring body should be responsible for their registration and monitoring. Such units should be located in separate prison premises and not under the direction of prison authorities” (WP-CDBI’2000).

Por otro lado, han de adoptarse las medidas oportunas para evitar el rechazo que tienen los pacientes mentales delincuentes en el ámbito comunitario²⁹⁹.

Aspecto fundamental es la posibilidad de que la persona sometida a un internamiento de carácter penal tenga reconocido el derecho a una revisión de la legalidad del mismo, tal como indicó el WP-CDBI’2000:

“Courts and prisons

²⁹⁹ “Courts and prisons

11. Lastly, the CDBI-PH was of the opinion that member States should ensure that sufficient provision is made of a range of hospital accommodation with the appropriate levels of security and community-based forensic psychiatric services. In this respect, it was underlined that many countries have people with mental disorders detained in prisons who require treatment in hospital. The failure to transfer them may involve failure to identify them within the prison population but also insufficient or inappropriate secure hospital accommodation or the reluctance of local mental health services to accept them. The Working Party therefore felt that Member States should put into place mechanisms to overcome these infringements of individuals' human rights” (WP-CDBI’2000).

6. The CDBI-PH was of the opinion that criteria under criminal law should follow the same as those applied in civil law with the following exceptions:

...

- Restrictions may be placed on termination of placement or treatment by the psychiatrist in charge of the care of the person and/or the independent authority, it being understood that, as with civil proceedings, termination of placement or treatment should occur when criteria are no longer met. Furthermore, the individual may request review of the legality of his placement or treatment and ex officio review should occur where they do not”.

Para lo cual se precisa una revisión periódica de la medida de internamiento. El art. 34.1 Rec (2004) 10 afirma al respecto:

“Artículo 34. Implicación de los tribunales.

1. Conforme a la ley penal, los tribunales pueden imponer el internamiento o tratamiento para el trastorno mental, consienta o no la persona concernida. Los Estados miembros deberán asegurar que dicha persona puede efectivamente ejercitar su derecho a la revisión de la legalidad de tal medida –o su prolongación- por un tribunal, a intervalos razonables. Las disposiciones del Capítulo III serán tenidas en cuenta en tales internamientos o tratamientos; cualquier inaplicación de estas disposiciones deberá ser justificada”.

Precisamente el Comisario para los Derechos Humanos ha detectado en alguna ocasión el escaso tiempo que algunos tribunales dedican a esta revisión³⁰⁰.

El fin del internamiento involuntario de carácter penal, al igual que acontece con el internamiento involuntario de carácter no penal, debe cesar en el momento en el que no se reúnan los criterios para su continuación, como indicó el WP-CDBI’2000:

“Courts and prisons

6. The CDBI-PH was of the opinion that criteria under criminal law should follow the same as those applied in civil law with the following exceptions:

...

- Restrictions may be placed on termination of placement or treatment by the psychiatrist in charge of the care of the person and/or the independent authority, it being understood that, as with civil proceedings, termination of placement or treatment should occur when criteria are no longer met”.

³⁰⁰ Follow-Up Report on Hungary (2002-2005). Assessment of the progress made in implementing the recommendations of the Council of Europe Commissioner for Human Rights. Strasbourg, 29 March 2006. CommDH(2006)11, par. 55-57.

“56. The procedure for annual review by the court of the order committing the patient to the IMEI has recently been criticised by civil society. The procedure makes few concessions to adversariality – the patient is seldom present and hearings often last less than ten minutes. That information was confirmed during the follow-up visit, with judges stating that more time was unnecessary as the decisions were mainly based on the experts’ reports. Lawyers and patients present thus have little opportunity to put forward their views”.

CAPÍTULO CUARTO

EQUIDAD EN LA PROVISIÓN SERVICIOS Y EN EL ACCESO A LOS MISMOS

Contenidos:

1. La Salud Mental europea en cifras
 - 1.1. La Carga de Enfermedad en Europa y en el Mundo
 - 1.2. La promoción de la Salud Mental y la prevención de las enfermedades mentales
 - 1.3. Atender las enfermedades mentales de acuerdo a las necesidades y a la brecha terapéutica

2. La atención a la Salud Mental europea en cifras
 - 2.1. Presupuestos
 - 2.2. Legislación
 - 2.3. La enfermedad mental en Europa y en el Mundo
 - 2.4. Camas psiquiátricas y cambio de paradigma hacia la Salud Mental Comunitaria como modelo de atención
 - 2.5. Recursos humanos
 - 2.6. Accesibilidad a los medicamentos
 - 2.7. Salud Mental en Atención Primaria
 - 2.8. Políticas y Programas

3. Promover la Salud Mental entre la población

4. Equidad
 - 4.1. Acceso equitativo a los servicios de salud
 - 4.2. Acceso equitativo a los servicios de salud de las personas con discapacidad
 - 4.3. Investigación y evaluación

5. Principios para la salvaguarda de la equidad y los estándares de calidad
 - 5.1. Atención basada en la Comunidad
 - 5.2. Acceso al tratamiento
 - 5.3. Acceso a los psicofármacos
 - 5.4. Acceso a la psicoterapia y a las terapias psico-sociales
 - 5.5. Acceso y regulación de terapias especiales
 - 5.5.1. Terapia Electro-Convulsivante (TEC)
 - 5.5.2. Psicocirugía

6. Tratamiento de personas con enfermedad mental en hospitales y otras instituciones cerradas
 - 6.1. Unidades psiquiátricas en hospitales generales o somáticos y la hospitalización involuntaria
 - 6.2. Rehabilitación basada en unidades hospitalarias
 - 6.3. Unidades psiquiátrico forenses

7. La persona con enfermedad mental en centros penitenciarios cerrados

8. Las personas con enfermedad mental de larga evolución como grupo vulnerable

1. La Salud Mental europea en cifras

Conviene señalar desde el principio la dificultad de encontrar información factual, fiable y extensa sobre todos los estados que integran el CoE. La carencia de una perspectiva global es explicable por la interacción de varios factores: a) pasados históricos recientes muy distintos, unos países están en procesos convergentes y otros divergentes respecto a la integración supranacional; b) las importantes diferencias en los niveles de desarrollo económico y social favorecen diferentes niveles de producción científica; y c), no menos importante, la dificultad para muchos investigadores de países del centro y este europeo para difundir sus trabajos en revistas internacionales de lengua inglesa³⁰¹.

Tales dificultades hacen conspicuo y urgente disponer de un mayor conocimiento científico sobre preponderancia de las enfermedades mentales y de sus discapacidades subsiguientes, a través de estudios transnacionales que incluyan una mayor representación de países del centro y este europeo.

Igual ocurre con los datos sobre los modelos de atención y el desarrollo de recursos asistenciales. Ponen de manifiesto nuevamente la necesidad de estudios transnacionales con mayor participación de estados del centro y este europeo que permitan tener una visión más certera sobre la Salud Mental de la población y la atención que recibe en todos los estados del CoE. No otra cosa se acordó en la Conferencia de Helsinki (WHO-MHAPE'05)³⁰². Probablemente fue la acción recomendada más importante y, en sí misma, la menos retórica.

Dada la carencia o el difícil acceso a publicaciones de países no occidentales, en esta revisión se ha recurrido con frecuencia a datos aportados por la Organización Mundial de la Salud. Hay que tener en cuenta empero, que son 51 países los que componen la Región Europea para la OMS, cifra superior a los 47 que forman el Consejo de Europa, ya que aquella incluye a Israel y a tres estados del Asia Central que estuvieron antes integrados en la URSS; pero es difícil encontrar una mejor fuente para tener una visión global y comparativa de los recursos de que dispone Europa para prestar atención a los problemas de Salud Mental. Por ello, cuando se emplee la expresión Región Europea, la información se estará refiriendo a fuentes

³⁰¹ "...la lengua inglesa está fuertemente asociada con muchas de las importantes avenidas de inmigración y emigración" (referida al drenaje de cerebros). (F. Mullan, 2005).

³⁰² Acciones para plantear:

- i. Desarrollar o fortalecer un sistema de vigilancia nacional basado en indicadores internacionales homologados, normalizados y comparativos y sistemas de recogida de datos, controlar el avance hacia objetivos locales, nacionales e internacionales de una mejor salud mental y bienestar.
- ii. Desarrollar nuevos indicadores y métodos de recopilación de datos para la información que aún no está disponible, incluyendo los indicadores sobre la promoción de la salud mental, así como la prevención, tratamiento y recuperación.
- iii. Apoyo a las encuestas periódicas sobre la salud mental de la población, utilizando la metodología acordada en toda la Región Europea de la OMS.
- iv. Medir las tasas mínimas de incidencia y preponderancia de condiciones básicas, incluyendo los factores de riesgo, en la población y los colectivos en situación de riesgo.
- v. Controlar los programas, servicios y sistemas de salud mental existentes.
- vi. Apoyar el desarrollo de un sistema integrado de bases de datos en toda la Región Europea de la OMS para introducir información sobre la situación de las políticas de salud mental, las estrategias de la página 10 del EUR/04/5047810/7, la implantación y ejecución de la promoción, prevención, tratamiento, atención y recuperación basados en la evidencia.
- vii. Apoyar la difusión de información sobre el resultado de las buenas políticas y prácticas en el ámbito nacional e internacional.

que cubren el conjunto de países que la OMS engloba en su Región Europea. De igual modo, salvo mención expresa diferente, el término Europa se utilizará para el conjunto del CoE.

1.1 La Carga de Enfermedad en Europa y en el Mundo

Los datos más actualizados sobre este tema pueden encontrarse en un conjunto de seis artículos que conforman una publicación especial de la prestigiosa revista LANCET: *Lancet Series on Global Mental Health*. Si bien es cierto que buena parte de los datos aportados han sido tomados de informes difundidos por la Organización mundial de la Salud (World Health Organization. The World Health Report 2004 (WHO-WHR'04) and Mental Health Atlas 2005 (WHO-MHA'05)).

El primer artículo de la serie (Prince et al, 2007) muestra que se puede atribuir alrededor del 14% de la carga global de enfermedad por trastornos neuropsiquiátricos a las características discapacitantes de la depresión crónica y otros trastornos mentales comunes, al consumo de alcohol, la drogadicción y a las psicosis. También nos enseña que las enfermedades neuropsiquiátricas representaron en 2005, en todo el Mundo, el 28% de toda la “Discapacidad Ajustada por Años de Vida” (*Disability Adjusted Life Years: DALYs*), siendo dentro de ellas los trastornos afectivos responsables de casi la mitad (12%). No hay razón alguna que permita suponer que Europa muestre una realidad diferente.

Si se toman sólo los “Años Vividos con Discapacidad” (*Years Lived with Disability: YLD*) la proporción es aún mayor. El trastorno depresivo unipolar por sí sólo es la primera causa de YLD en la Región Europea y representa el 13,7% de los mismos (WHO. WHR'04).

El estudio PREDICT, un estudio muy reciente implementado en 6 países europeos³⁰³ (King MB et al. 2007), que pueden considerarse parcialmente representativos de la diversidad regional dentro de Europa, puso de manifiesto preponderancias notables de Depresión Mayor (Mujeres 13,9% - Hombres 8,5%) otros síndromes de ansiedad (Mujeres 10,0% - Hombres 5,0%) y síndrome de pánico (Mujeres 9,2% - Hombres 5,6%); sin embargo estos resultados hallados entre personas consultantes con sus médicos de cabecera variaban significativamente entre las distintas naciones participantes en el estudio.

Siguiendo con los datos que aporta la OMS en su informe de 2004, nueve de los diez países con mayores tasas de suicidio están en la Región Europea.

Los distintos pasados históricos de las últimas décadas a los que se ha hecho mención al principio, pudieran estar relacionados con un artículo reciente que advierte de una crisis de mortalidad relacionada con la enfermedad mental en las poblaciones de los países del este en transición (Rutz W, 2005) información a la que el COE no puede permanecer impasible.

Los trastornos mentales y las discapacidades de ellos derivadas constituyen un importante problema de salud pública, dada su preponderancia, la carga familiar que transmiten y la repercusión económica sobre la productividad y la demanda de servicios. Los estados europeos no pueden permanecer ajenos a ello.

1.2 La promoción de la Salud Mental y la prevención de las enfermedades mentales

A pesar de las múltiples llamadas de organismos y conferencias internacionales (WHO-MHAPE'05)³⁰⁴, en este terreno está todo por hacer.

³⁰³ Países participantes: RU, España, Eslovenia, Estonia, Holanda y Portugal.

³⁰⁴ Promover el bienestar mental para todos. Acciones a considerar.

A este respecto, cabe señalar el Libro Verde de la UE (GP'04), dedicado a la “promoción de la salud mental y dirigido a la enfermedad mental a través de la acción preventiva” (apartado 6.1). Los colectivos concretos a los que las acciones están dirigidas son los niños y los ancianos, la población activa y las personas con redes de asistencia poco eficaces. En sus propias palabras: “Dirigidas a los colectivos más vulnerables de la sociedad”.

El apartado 6.2. resulta igual de interesante: “Facilitar la inclusión social de los enfermos mentales y los discapacitados, protegiendo sus derechos fundamentales y su dignidad”, centrándose en los que ya padecen una enfermedad mental. El documento plantea un “cambio de paradigma” mediante la desinstitucionalización de los servicios orientándolos hacia la comunidad y a los cuidados en Atención Primaria y en hospitales generales. Volveremos a dichos cambios más adelante.

1.3 Atender las enfermedades mentales de acuerdo a las necesidades y a la brecha terapéutica

Un estudio impulsado por la OMS desde una perspectiva mundial (Demittenaere et al, 2004), trató de conocer no sólo la preponderancia de las enfermedades mentales más frecuentes y más severas, sino averiguar también el peso relativo de situaciones en que las personas estaban en necesidad de tratamiento y no lo tenían. El estudio comparó 7 países europeos, entre los que, salvo Ucrania, todos pertenecían a la Unión Europea. La preponderancia media comunicada de trastornos afectivos fue inferior a la encontrada por PREDICT y fue similar la correspondiente a síndromes ansiosos. Evaluando el porcentaje de casos severos, en cualquier grado de severidad, la media de los 6 países miembros de la UE en el estudio de la OMS fue de 11,95, mientras que la de Ucrania alcanzó al 20,4%. También Ucrania arrojaba un porcentaje (42%) de días perdidos por enfermedad mental severa muy por encima de los países de la Europa Occidental. Lo más llamativo de este estudio, no obstante, es que a nivel mundial, incluso en países desarrollados, entre el 35,5% y el 50,3% de los enfermos mentales severos estaban sin tratamiento. Los datos referidos a Europa (dentro de la UE) muestran que Holanda ofrece la proporción más alta de enfermos severos sin tratamiento: la mitad (49,8%), pero en Ucrania los enfermos severos en tratamiento no llegaban a uno de cada cinco (19,7%). Este mismo trabajo hizo patente que mientras que mucha gente con molestias por debajo del umbral de enfermedad es tratada, otras personas con severos trastornos no lo son, lo cual permite suponer que si los casos más severos no reciben tratamiento, no es tanto por la falta de recursos, como por la ubicación de los mismos. El artículo es avalado después por OMS (WHO. Briefing'04) e incorporado su planteamiento a la Declaración de Helsinki (WHO-MHAPE'05).

Otra publicación con el sugerente título de “The Treatment Gap in Mental Health” aparecida el mismo año (Kohn R et al. 2004) hizo una revisión de numerosos estudios que aportan datos muy preocupantes sobre países de todos los continentes: la tasa media de personas con esquizofrenia que no recibían tratamiento era de 32%, pero otras enfermedades como la depresión mayor, la distimia, los trastornos bipolar, de pánico, de ansiedad generalizada y obsesivo compulsivo, todos ellos superaban el 50% de tasa media sin tratamiento. En el caso del abuso y dependencia del alcohol la brecha alcanzaba al 78,1% de los casos. De esa fuente se han extraído los datos correspondientes a 14 estudios comunitarios llevados a cabo en 10 países europeos, 7 de ellos pertenecientes a la UE, y los 3 restantes no: Noruega, Suiza y Turquía. Las prevalencias medias de personas sin tratamiento en estos países son: un 17,8 en el caso de la esquizofrenia, 45,4% para la depresión mayor y el 92,4% para el abuso y la dependencia del alcohol. Se han mencionado sólo datos de estas tres enfermedades por ser las que constituyen un mayor problema de salud pública.

En esta misma línea y más recientemente, otro trabajo (Alonso et al, 2007)) realizado en 6 países de la Unión Europea, ha estimado que el 3,1% de la población adulta tenía un necesidad no satisfecha de atención a su salud mental y que uno de cada cinco que buscaban tratamiento no lo recibían. Esto representa unos 6,6 millones de adultos para una población de 213 millones. Algunos grupos mostraban un mayor riesgo de tener esa necesidad insatisfecha, particularmente los jóvenes, jubilados y cabezas de familia, así como aquellos con enfermedades mentales de larga evolución.

Multitud de acuerdos, convenios y organismos internacionales recomiendan ofrecer una ayuda eficaz basada en los servicios asistenciales locales para las personas que sufren problemas serios de salud mental (WHO-MHAPE'05; UE-GP'05; CoE- Rec (2006) 17). Una medida mucho más concreta, orientada a fortalecer la adherencia al tratamiento de los enfermos mentales más severos, es la propuesta por la OMS (WHO-MHAPE'05) consistente en la dotación de equipos especializados multiprofesionales y basados en la comunidad, que estuviesen accesibles 24 horas al día y 7 días a la semana.

La Asamblea Parlamentaria del CoE, en su Res.1460 (2005) se hace eco de las aportaciones que meses antes había discutido la Conferencia de Ministros de Helsinki, y desarrolla 16 relevantes consideraciones dedicadas sobre todo a las dimensiones política, legislativa y presupuestaria relacionadas con la Salud Mental de la población y con los individuos que la pierden. Como corolario formula 7 recomendaciones, entre las que dos pueden ser destacadas. La necesidad de aportar el presupuesto necesario para el desarrollo de las políticas que también se recomiendan. Y un llamamiento a que se preste la mayor atención a que la hospitalización psiquiátrica se haga con el mayor respeto a los derechos humanos y a la dignidad de la persona enferma.

2. La Salud Mental europea en cifras

2.1. Presupuestos

Cierto es que no se puede recomendar el nivel determinado de financiación que un estado debe mantener para atender a la Salud Mental de su población; puede decirse sin embargo, que los servicios de salud mental aparecen groseramente infradotados en muchos estados europeos, si se tienen en cuenta que al menos el 20% de los problemas europeos de salud lo son por trastorno mental, (McDaid D, 2005).

Para la 55 Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2002 (WHO. A55/18. 2002) la Secretaría de la OMS elaboró un informe, basándose en el Atlas publicado un año antes (WHO-MHA'01). En el 7º punto del informe se describen los recursos destinados a Salud Mental como muy escasos³⁰⁵; y respecto a financiación, el informe dice que “el 28% de países

³⁰⁵ “7. **Los recursos para la salud mental son muy escasos.** En su conjunto, los recursos destinados a la salud mental en los países presentan un cuadro de graves deficiencias y abandono. Un estudio de los recursos para la salud mental realizado por la OMS, el proyecto ATLAS (abuse trends linkage alerting system), recopilaba información de 185 países. Los resultados subrayaban los aspectos más desalentadores de la situación, al indicar que el 41% de países carece de una política de salud mental, el 25% carece de legislación sobre la salud mental, el 37% no tiene instalaciones para el cuidado de la salud mental en la comunidad, más del 25% carece de medicamentos psicotrópicos elementales en el ámbito de la atención primaria, y el 40% carece de instalaciones para los trastornos mentales severos en el ámbito de la atención primaria. Alrededor de la mitad de los países en todo el mundo disponen de menos de un psiquiatra y una enfermera de psiquiatría por cada 100.000 habitantes y, a pesar la desinstitucionalización más del 65% de las camas psiquiátricas siguen estando en hospitales psiquiátricos. Existe un enorme desfase entre la carga de trastornos mentales y los recursos disponibles. Las cifras son tanto más alarmantes cuando se considera que el 28% de países no dedican un presupuesto específico a la salud mental y, de los países que informan sobre el gasto actual en salud mental, el 36% dedican menos del

carece de un presupuesto específico para la salud mental y de los países que presentan informes sobre el gasto real en salud mental, el 36% dedica menos del 1% de su presupuesto global para la sanidad en el capítulo de salud mental”.

Sin embargo, los países miembros del Consejo de Europa constituyen, en cuanto a asistencia a la Salud, una región privilegiada en términos comparativos con otras regiones del Mundo. Y esta aseveración es válida también para la atención a la Salud Mental. Basta con ver los Atlas sobre la Salud Mental en el Mundo publicados por la Organización Mundial de la Salud (WHO. MHA’01 & ‘05). No obstante, el disfrute de tal privilegio, lejos de conducir a una estéril autocomplacencia, debe entenderse como parte esencial del modelo europeo de bienestar, el cual precisa ser defendido ante los riesgos de algunos imperativos económicos (Rec (2006) 17). Además la variabilidad interna en la región muestra que la equidad entre todos los ciudadanos no es la deseada, ni la accesibilidad a los servicios es suficientemente equiparable (Rec (2001) 12; CHR B’97, Art 3; Res 1460 (2005)). Tales desequilibrios se dan entre los estados e incluso dentro de sus mismos territorios.

A la preocupación por los referidos desequilibrios hay que agregar la discriminación universal de los recursos que se dedican a la atención a la Salud Mental dentro de los presupuestos sanitarios (WHO. A55/18, 2002), discriminación en la que la Región Europea no es una excepción (WHO- WHR’04).

En los aludidos Atlas, destaca el modelo global de financiación de la Atención a la Salud Mental. Para la mitad de los países de la Región Europea los impuestos son la principal fuente de financiación, mientras que para la otra mitad la fuente primordial es la seguridad social³⁰⁶. Ningún país de la Región Europea tiene el pago directo como principal fuente de financiación; finalmente, entre 2001 y 2005, una pequeña proporción (15.8%) de los países de la Región Europea habían trasladado el impuesto ligeramente (0.1%) del sector público al privado. Todavía es pronto para saber si se trata de una tendencia.

Menos optimista es el dato relativo a la proporción del gasto en Salud Mental: el 48.5 % de los países europeos gastan en Salud Mental menos del 5% de los presupuestos globales para Salud. Quizás por ello el CoE, tras considerar que el presupuesto destinado a Salud Mental es un indicador del concepto de ser Humano que prevalece en una sociedad, termina recomendando que se preste especial atención al presupuesto con el que cada estado respalda las políticas de salud mental, que se valore si la proporción dentro del presupuesto sanitario general es la adecuada y si está particularmente orientado al desarrollo de servicios de base comunitaria. (Res. 1460 (2005); Rec (2006) 17).

Bastantes países de la Región europea carecen de un presupuesto específico para cuidados en Salud Mental, pero la mayoría incluyen partidas específicas a tal fin dentro de los presupuestos generales para la atención a la Salud. Algunos países tienen dificultad en señalar el gasto específico en Salud Mental, al tener su atención integrada dentro del subsistema de cuidados de Atención Primaria.

La comparación con el resto del Mundo es brillante cuando se muestra que en la Región Europea (WHO-MHAPE’05) el 100% de los países ofrece ayuda económica a las personas con discapacidad. No obstante, hay abundancia de textos del Consejo de Europa que hacen referencia a la necesidad de asegurar el acceso equitativo a los servicios y prestaciones a

1% de su presupuesto global para la salud en la salud mental. Incluso las aportaciones voluntarias para la salud mental recibidas por la OMS entre el 2000 y el 2001 (US\$ 7.194.823) reflejan esta discrepancia, ya que la suma apenas llegó al 0,63% de todas las aportaciones voluntarias recibidas durante ese período.

³⁰⁶ El derecho a la seguridad social está reconocido por las Naciones Unidas (Art. 22 UDHR’48 y Art. 9 ICESCR’66) y por el Consejo de Europa (Art. 12 ESC’61)

personas en situación de marginalidad, entre ellas y de manera destacada aquellas que padecen problemas de salud mental (Rec (2001) 12).

Para terminar con la financiación, conviene recordar el apartado 11³⁰⁷ (Provide fair and adequate funding) del documento Mental Health and Action Plan for Europe (WHO-MHAPE'05).

2.2. Legislación

Como se ha visto detenidamente en capítulos precedentes de este informe, todos los organismos internacionales, entre ellos el CoE (Res. 1460 (2005))³⁰⁸, promueven que los gobiernos nacionales desarrollen leyes que aseguren la protección de los derechos básicos de las personas con enfermedad mental, especialmente cuando el ingreso hospitalario involuntario se hace preciso, y otras normas jurídicas que regulen la provisión de servicios, los tratamientos y los estándares profesionales; siempre de acuerdo con los principios de la mencionada Convention on Human Rights.

En este sentido, de todas las regiones del mundo, la europea es la que muestra un mayor porcentaje de países con legislación al respecto (91.8%), lo que significa una cobertura poblacional del 90,1% en la Región (WHO-MHAPE'05). Es interesante señalar que la mayoría de países europeos (76.6% del conjunto) han puesto al día sus legislaciones después de 1990, más que en ninguna otra región del Mundo. Este dato puede estar relacionado con el *aggiornamento* institucional y jurídico de muchos estados miembros, que tuvo lugar con posterioridad a la caída del “muro de Berlín”. Esta apreciación coincide con la revisión aportada por un macro estudio transnacional europeo (EUNOMIA. Kallert T et al 2006) ejecutado entre 2002 y 2006 del que se extraen los datos para la Tabla 1.

País	Legislación	Año implementado	Año actualizado
Bulgaria	Ley de la Salud Pública	1973	1998, 1999, 2004
Rep. Checa	Ley de la Salud Pública	1966	1991, 2000, 2003

³⁰⁷ “11. Proporcionar una financiación justa y equitativa

Reto

Los recursos destinados a la salud mental resultan con frecuencia insuficientes y poco equitativos comparados con los que se destinan a otras partidas del sector público, como se refleja en la dificultad de acceso, la negligencia y la discriminación. En determinados sistemas sanitarios, la cobertura del acceso a la sanidad y el derecho a tratamientos discrimina gravemente contra los casos de salud mental. Los recursos asignados al presupuesto para la salud mental debería de ser equitativo y proporcionado; es decir, debería de hacer partícipes a los más necesitados.

Acciones a tener en cuenta:

- i. Evaluar si la parte del presupuesto de sanidad dedicado a la salud mental refleja las necesidades y prioridades de los necesitados de una manera justa.
- ii. Garantizar que las personas con los problemas más serios y los más necesitados reciban la mayor proporción de ayudas.
- iii. Evaluar si la financiación se asigna de manera eficaz, tomando en consideración los beneficios sociales, incluyendo los que se obtienen mediante la promoción, la prevención y la asistencia.
- iv. Evaluar si la cobertura en los sistemas basados en los seguros sociales y privados es global y justa, al mismo nivel que la cobertura para otras condiciones, que no excluye ni discrimina a ningún colectivo y que protege sobre todo a los más vulnerables.

³⁰⁸ “Muchos países de Europa central y oriental aún no disponen de legislación sobre la salud mental...” Res 1460 (2005).

Alemania	<i>Ley Sajona de la Salud Mental</i>	1994	
Grecia	Decreto legislativo Ley General de la Salud	1972 1992	1996
Italia	Evaluación y tratamiento sanitario voluntario y obligatorio	1978	
Lituania	Ley de Asistencia a la Salud Mental	1995	1999, 2001, 2003
Polonia	Ley de la Salud Mental	1994	1997
Eslovaquia	Ley de Asistencia Sanitaria	1994	1995, 1996, 1998-2003
España	Ley General de la Salud Código Civil	1986 1983	--- 2000
Suecia	Ley de Asistencia Mental Obligatoria	1992	
RU	Ley de la Salud Mental (Escocia) Ley de la Salud Mental (Inglaterra y Gales)	2005 1983	

Tabla 1: Año de implementación y año de actualización de la legislación en materia de Salud Mental en varios países europeos.

Fuente: Kallert et al 2006.

2.3. Recursos Humanos

La Conferencia de Alma-Ata (WHO-ICPHC'78) fue un hito que marcó un antes y un después en la concepción de los modelos de los servicios de salud. Tan tempranamente como en 1980, el Consejo de Ministros del CoE (Rec (1980) 15) ofrece quince recomendaciones para una distribución más racional de todos los recursos entre los subsistemas sanitarios, haciendo hincapié en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud y de los servicios especializados no hospitalarios, para equilibrar lo que por entonces se llamaba "hospitalocentrismo". Mediante una recomendación final el CoE invita a los estados a que informen a la Secretaría General, con una periodicidad quinquenal, de los avances que se implementen como consecuencia de tales recomendaciones. Sería del mayor interés poder saber hasta qué punto esta última recomendación fue seguida y conocer a través de esos informes cuál ha sido la evolución de esta estrategia en los estados miembros.

Los dos Atlas ya citados publicados por la OMS (WHO-MHA'01 & '05) ofrecen datos relevantes sobre los recursos de todos los estados miembros de la Organización. Con información de la versión 2005 se han construido dos tablas con algunos datos referidos a los estados miembros del Consejo de Europa (Tabla 5). La segunda tabla (Tabla 6) muestra esa misma información, pero agrupando los estados miembros en tres divisiones: estados miembros de la UE en 2003, estados incorporados a la UE con posterioridad y resto de los estados miembros del CoE. Esta segunda tabla es la fuente para los gráficos que se muestran

en las siguientes páginas. Las tablas pueden verse como documentos adjuntos al final del presente capítulo.

2.4 Camas psiquiátricas y cambio de paradigma hacia la Salud Mental Comunitaria como modelo de atención³⁰⁹

Examinando los dos Atlas 2001 y 2005, se muestra que de acuerdo con las políticas recomendadas, un 13,3% de los estados europeos redujeron durante el cuatrienio su tasa por debajo de las 10 camas psiquiátricas por 10.000 habitantes, mientras que un 10,2% de los países de la Región alcanzaron la recomendable ratio de entre 5 y 10 camas/10.000 habitantes.

El Atlas 2005 habla de una modesta reducción global (0,7%) de camas psiquiátricas con respecto a los datos publicados en 2001 para toda la Región Europea de OMS. Más positivo es confirmar la tendencia marcada en la Región Europea a instalar camas psiquiátricas en hospitales generales, con un incremento del 10,2%, junto a una reducción relativa del 13,3% en la tasa de camas ubicadas en hospitales psiquiátricos.

Con ánimo de poder observar tendencias dentro del conjunto de estados que conforman el Consejo de Europa, se ofrece una comparación entre los mismos a partir de los datos más recientes facilitados por la WHO-MHA'05.

Según este último Atlas, en algunos países que avanzaron en sus reformas psiquiátricas han alcanzado unas tasas de camas/10.000 habitantes tan bajas (España [4,4] e Italia [4,63]) que pudieran incluso estar rozando el umbral inferior crítico. Cifras por debajo de 5/10.000 tienen también Bosnia - Herzegovina (3,60) y Georgia (2,10). Destaca la tasa tan alta de Bélgica (22,10), aunque por encima de 10/10.000 están también, Croacia (10,06), la República Checa (11,40), Estonia (10,20), Finlandia (10,00), Francia (12,00), Letonia (13,80), Lituania (10,00), Luxemburgo (10,50), Malta (18,90), Mónaco (17,27), Holanda (18,70), Noruega (12,00), y la Federación Rusa (11,50).

De acuerdo con la misma fuente, entre los estados miembros del CoE tienen una tasa de camas instaladas en hospitales generales superior a 3/10.000: Finlandia (9,00), Francia (3,00), Hungría (7,20), Luxemburgo (3,00), Eslovaquia (3,00) y Suecia (6,00). En el otro extremo estarían los que tienen una tasa inferior a 0,75/10.000: Albania (0,50), Armenia (0,02), Azerbaiyán (0,11), Chipre (0,6), Georgia (0,00), Grecia (0,30), Letonia (0,30), Malta (0,04), Federación Rusa (0,50), España (0,60), Suiza (0,00), Turquía (0,50) y Ucrania (0,30). Llama la atención, siempre de acuerdo a los datos ofrecidos por la OMS en 2005, que un país como Suiza, con uno de los PIB más altos del mundo y con una historia inigualable de aportación al conocimiento psiquiátrico durante el pasado siglo, carezca de camas psiquiátricas en hospitales generales.

Se hace conspicuo que la proporción entre camas instaladas en hospitales mentales y generales permanece claramente desfavorable a las recomendaciones científicas y de los propios organismos internacionales. Hay pues demasiadas camas y un desequilibrio a favor de las ubicadas en hospitales psiquiátricos. Ambos datos pudieran estar indicando que las reformas estructurales de los servicios de salud mental no terminan de progresar hacia una atención predominantemente comunitaria (WHO-MHAPE'05).

³⁰⁹ Matthijs Muijen, Acting Regional Adviser for Mental Health, Oficina Regional de la OMS para Europa (2005): "Se necesitan servicios comunitarios en materia de la salud mental para atender a las personas con trastornos mentales en el entorno donde viven y trabajan. Dichos servicios deberían de reemplazar a los asilos psiquiátricos decimonónicos que alejan a los enfermos de la sociedad, discriminan contra ellos y no guardan una relación coste-cuidados aceptable".

Si se examinan estas tasas (ver Anexo VII) a través de toda Europa, cabe preguntarse si existe un gradiente en el número de camas y en la proporción de estas en los hospitales mentales de oeste a este, o de norte a sur, o en función del nivel de desarrollo social y económico.

A tal fin se ha hecho un simple análisis comparativo dividiendo los estados en tres grupos: los 15 países que constituían la Unión Europea en 2003, los 12 que se integraron a partir de 2004 y 2007 y el resto de los países. Este tercer grupo incluye también tres países de Europa occidental: Islandia, Noruega y Suiza. En el Gráfico 1 puede verse la comparación de estos tres grupos en camas psiquiátricas por 10.000 habitantes.

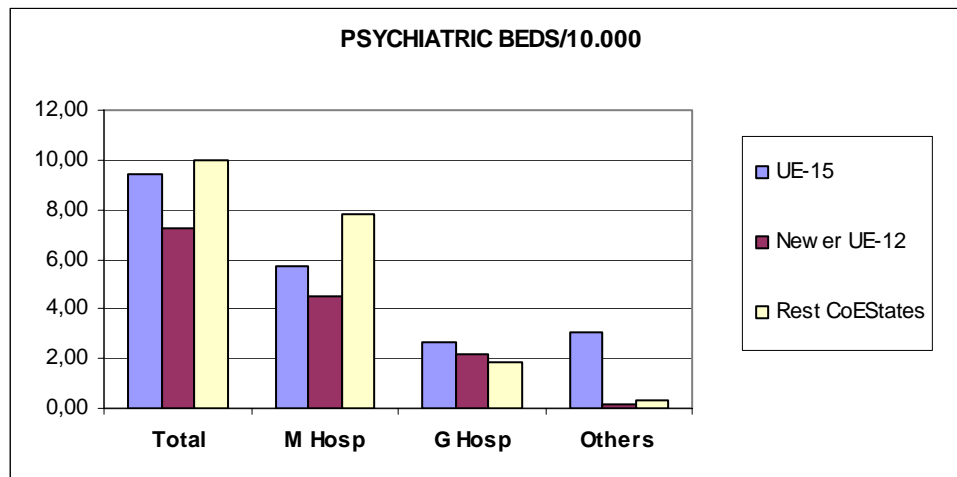


Gráfico 1: Camas psiquiátricas/10.000 habitantes según tres grupos de estados.

Fuente: WHO Mental Health Atlas 2005

Puede observarse cómo el grupo de países ajeno a la Unión Europea es el que tiene la tasa más alta de camas, pero la más baja en camas instaladas en hospitales generales, contrariamente a las recomendaciones internacionales. Tal es el caso del CoE (Rec (2006) 17). En su parte B “Alternativas a los cuidados hospitalarios tradicionales” y en la parte C: “Reestructuración de los hospitales”; éste último comienza diciendo que “los estados miembros deberán tomar en consideración la necesidad de mejorar el sistema sanitario mediante una reestructuración de los hospitales para incluirlos en el ámbito del sistema general sanitario”. Un año antes, en otra partida, la Asamblea Parlamentaria había apoyado la propuesta de “progresivamente trasladar el cuidado de los enfermos mentales de las instituciones a los servicios comunitarios”. La Asamblea apoya esta propuesta y recuerda que el proceso deberá concurrir con la transferencia de suficientes recursos económicos para garantizar el cuidado de los pacientes fuera de las instituciones” (Res 1460 (2005)).

También la Unión Europea insiste en el cambio de *paradigma* a través de la “*deinstitucionalización* de los servicios de salud mental y la implantación de servicios atención primaria, centros comunitarios y hospitales generales, de acuerdo con las necesidades de los pacientes y sus familias, para facilitar la integración social. Los grandes hospitales y asilos son susceptibles de aumentar la discriminación. En el ámbito de la reforma de los servicios psiquiátricos, muchos países se alejan del modelo de los servicios mentales y grandes instituciones psiquiátricas (en determinados nuevos países miembros, tales instituciones constituyen la mayor parte de la infraestructura de servicios de salud mental) y los traslada a los servicios comunitarios (GP’05).

A pesar de ello, informaciones recientes (S Priebe, et al 2005) alertan sobre el traslado de pacientes desde camas psiquiátricas hacia plazas residenciales en servicios sociales donde no necesariamente está asegurada la continuidad terapéutica desde los servicios de salud, o incluso hacia prisiones donde la tasa de morbilidad psiquiátrica se ha visto incrementada en varios países europeos; es lo que los autores llaman reinstitucionalización. Estos incrementos en prisiones y servicios sociales no son estrictamente traslados. La explicación más probable se funda en dos hechos incontrovertibles: las camas psiquiátricas se van reduciendo y el desarrollo de servicios comunitarios alternativos ha fracasado o no lleva el ritmo necesario que el cambio de paradigma precisa para ser viable.

Los documentos preparatorios de la Conferencia de Ministros Europeos de Helsinki (WHO-MHAPE'05) son bien explícitos en esta dirección. "Es necesario acompañar el traslado fuera de las instituciones con la provisión de servicios comunitarios" declaran las instrucciones 02, titulado "Mental health care in community-based services" (WHO-Briefing'04). Este breve informe enumera los elementos esenciales con los que debe contar un programa que podamos denominar Atención de Salud Mental Comunitaria: a) proporcionar programas de rehabilitación y tratamiento comunitarios; b) desarrollar servicios de salud mental especializados para el tratamiento y cuidado de las personas con problemas severos de salud mental a nivel comunitario; c) ofrecer servicios residenciales; d) proporcionar servicios de intervención en casos de crisis; e) facilitar formación; f) colaborar con otros agentes comunitarios y hospitalarios; g) llevar a cabo trabajos de investigación (en los servicios comunitarios) y h) enlazar con otros sectores.

Sobre el insuficiente desarrollo del modelo de Atención de Salud Mental Comunitaria, en el documento más arriba citado del CoE (Rec (2006) 17) se hace una importante recomendación sobre un "nuevo equilibrio entre la atención institucional y la comunitaria". Dentro de la recomendación F-2 de este documento se dice "Al considerar las alternativas a los cuidados hospitalarios tradicionales, los estados miembros deberán garantizar:" [entre otras cosas] "la continuidad en la asistencia". No obstante, según WHO-MHA'05, Bielorrusia, Bulgaria, Georgia, la República de Moldavia, Rumanía y Ucrania aún no han implementado el programa de Atención de Salud Mental Comunitaria.

Los informes presentados por el Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa constituyen una buena fuente de información sobre estados concretos pero no facilitan una visión general. Tal es el caso de la evaluación de los avances conseguidos en la ejecución de las recomendaciones del Comisario relativos a Chipre (CommDH (2006)12). El informe publica que: "Los estudios en materia de la reforma psiquiátrica en Chipre han llegado a la conclusión de que la desinstitucionalización ha tenido un impacto positivo en la vida de los pacientes con trastornos mentales. En general, la reforma del sistema de salud mental en Chipre ha logrado importantes avances. En la actualidad, se ofrece asistencia comunitaria para la salud mental a 1.764 pacientes que viven en la comunidad, mientras que el número de pacientes en el Hospital Athalassa no llega a 100 (donde antes se atendía a 800 pacientes)".

La abundancia de información cualitativa y cuantitativa de diversas fuentes y la manera en la que está organizada hace que esta fuente carezca de utilidad como base para la investigación epidemiológica.

2.5. Recursos humanos

El Consejo de Ministros del CoE en su recomendación (Rec (93) 3) formuló unas directrices para los gobiernos de los estados miembros para:

- realizar una planificación del personal laboral sanitario, adaptarse a sus necesidades con el fin de que cada estado pueda afrontar la demanda de servicios sanitarios en su territorio y equilibrar la oferta y demanda de personal laboral sanitario.
- ofrecer formación con el fin de producir un personal efectivo y eficiente con las habilidades adecuadas para responder a las necesidades del futuro;

Las recomendaciones se concretan en el Apéndice³¹⁰. Aunque se elude ofrecer tasas poblacionales recomendables, en ellas puede verse una amplia y coherente panoplia de medidas comprensivas y además concretas, sobre las que es difícil evaluar su cumplimiento tres quinquenios después. Es preciso recurrir a datos ajenos al propio CoE.

Con datos del WHO-MHA'05, se ha construido la siguiente tabla. Las cifras europeas se refieren a la Región Europea. Se propone una comparación con las Américas en tanto que por PIB y nivel de desarrollo son las regiones más comparables, aunque Las Américas incluye las regiones que van desde Alaska hasta la Tierra del Fuego.

profesionales/100.000	Media/100.000 habitantes		
	Europa	Las Américas	El Mundo
Psiquiatras	9,80	2,0	1,2
Psicólogos	3,1	2,8	0,6
Enfermeros/as psiquiátricos	24,8	2,6	2,0
Trabajadores sociales	1,5	1,0	0,4

Tabla 2: Número de profesionales/100.000 en la Región Europea, las Américas y el Mundo

Fuente: WHO- MHA'05)

³¹⁰ 1. Apéndice a la Rec (93)3

1. Medidas para determinar la situación del equilibrio entre la oferta y la demanda.

Los estados miembros deberán establecer los medios adecuados para determinar la situación del equilibrio entre la oferta y la demanda, por ejemplo mediante una base de datos del personal mínimo.

2. Establecer medidas diseñadas para equilibrar la oferta y la demandas.

Los estados miembros deberán esforzarse en:

- promover los centros de orientación profesional e información para los jóvenes, sobre todo a través de los medios de comunicación, sobre las salidas profesionales en la salud mental con el fin de corregir el desequilibrio entre la oferta y la demanda;
 - tomar medidas para evaluar el valor de la medicina generalista y promover la salud;
 - mejorar la calidad de la formación médica con formación especializada en medicina social y el fomento de la salud, por ejemplo;
 - promover el incremento de otras profesiones tales como la fisioterapia y la terapia ocupacional para garantizar un equilibrio razonable entre las capacidades, la utilización de recursos y una población activa eficiente;
 - garantizar que la profesión de enfermería mantenga una imagen de calidad a través de un nivel adecuado de educación general y profesional; y no dedicar las enfermeras para tareas que no se corresponden con su nivel de formación;
 - ofrecer la oportunidad a las enfermeras, comadronas y demás profesiones de acceder a la educación superior y cursos de posgrado, y para realizar labores de investigación en preparación para las funciones de excelencia clínica, dirección y gestión;
 - proporcionar suficiente personal debidamente cualificada para asistir a los profesionales sanitarios cualificados cuando la situación así lo requiera;
 - promover la educación multiprofesional;
 - para tomar en cuenta los problemas relacionados con la salud pública y atender a los pacientes desde un enfoque integral;
 - garantizar la movilidad entre las profesiones y hacer posible la reorientación laboral;
- para conseguir que los profesionales sanitarios aprecien mutuamente su labor y obtengan un mayor reconocimiento de su identidad profesional.

La amplitud de los datos y su distribución fuerzan una mediana muy alejada de la media lo que indica una gran variabilidad interna dentro de la Región y por ende grandes diferencias entre los recursos humanos de que dispone cada estado.

La diferencia más notable entre 2001 y 2005, siempre según los respectivos atlas, fue un descenso del 2.7% de enfermeros/100.000 habitantes; probablemente como efecto derivado del cierre de camas psiquiátricas. Así, un mayor número de países europeos (5.5% más) decían tener una tasa entre 1 y 10 enfermeros/100.000 habitantes.

Del mismo modo que para la comparación de las camas psiquiátricas, se ha hecho un análisis comparativo dividiendo los estados en los mismos tres grupos con el resultado que se puede ver en el Gráfico 2:

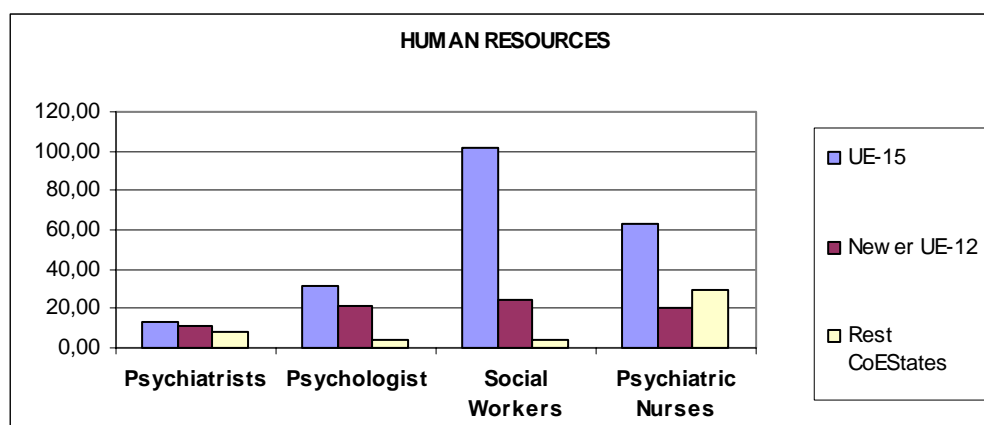


Gráfico 2: Profesionales/10.000 habitantes según tres grupos de estados.

Fuente: WHO- MHA '05)

2.6. Accesibilidad a los medicamentos

En la Tabla 3 se muestra la existencia o no de una política sobre medicamentos y la disponibilidad de algunos fármacos considerados esenciales. Por las mismas razones antes expuestas se ha introducido la comparación con los datos que se refieren a las Américas y, como contrapunto, con África.

	Europa	Las Américas	África
Existencia de una política de medicamentos terapéuticos	81,6	90,9	93,5
Disponibilidad de 3 medicamentos psicotrópicos esenciales (amitriptilina, clorpromazina, fenitoína)	62,7	62,9	67,4
Comparación del gasto medio/anual para el tratamiento de la depresión con amitriptilina (150mg/día)	78,40	21,90	34,38
Comparación del gasto medio/anual para el tratamiento de la depresión con clorpromazina (400mg/día)	100,45	100,30	49,06
Comparación del gasto medio/anual para el tratamiento de la epilepsia con fenitoína (300mg/día)	33,95	42,38	20,59

Tabla 3: Disponibilidad de medicamentos terapéuticos en las Regiones de Europa, las Américas y África

(Fuente: WHO- MHA '05)

En este aspecto la diferencia fundamental entre los Atlas 2001 y 2005 para Europa fue que algunos países de la Región habían añadido medicamentos psicotrópicos más modernos a la lista de fármacos esenciales disponibles en Atención Primaria y habían restado relevancia a los psicofármacos más antiguos. Sin embargo, la falta de accesibilidad a los fármacos junto al insuficiente desarrollo de los servicios comunitarios, y con ellos la escasa adherencia terapéutica, pueden explicar la brecha terapéutica que se comentó algunas páginas atrás.

El Comité de Ministros del CoE emitió una importante Resolución (ResAP (2001) 2) sobre el rol de los farmacéuticos en el marco de la seguridad sanitaria: primacía del primer nivel de atención, coordinación dentro de los sistemas de salud, incorporación de nuevos medios terapéuticos, etc.

2.7. Salud Mental en Atención Primaria

Los ministros de sanidad presentes en la LV Asamblea Mundial de la Salud de la OMS (WHO-A55/18.2002) coincidieron en que los servicios de salud mental han de suministrarse en el marco de la Atención Primaria, incluso en los países que contasen con servicios sumamente especializados. Pero para lograr esta integración, decían, es preciso incrementar los presupuestos, ofrecer capacitación a los equipos de salud mental, prestar atención a los grupos más vulnerables, ofrecer servicios de atención en crisis y conseguir el apoyo de la población al modelo de atención comunitaria.

Es interesante saber cuántos países han desarrollado políticas o programas que orienten la atención a la Salud Mental en el primer nivel. Utilizando como fuente, una vez más el Atlas de 2005 se ha construido la Tabla 3.

Programas existentes	% de estados		
	Europa	Las Américas	El Mundo
Presencia de Atención a la Salud Mental en Atención Primaria	96,1	93,9	87,3
Presencia de Tratamiento de Trastornos Mentales Severos en Atención Primaria	68,6	62,5	61,5
Acceso a la formación de personal de atención primaria en la atención a la salud mental	68,8	27,3	59,7

Tabla 3: Provisión de atención a la salud mental en el subsistema de atención primaria en la Región Europea, las Américas y el Mundo (*Fuente: WHO-MHA '05*⁷)

Es de destacar que más del 96% de los países de la Región Europea de la OMS dicen tener programas de atención a la Salud Mental en Atención Primaria, sin embargo son menos del 70% los que aseguran disponer de tratamiento en el primer nivel para enfermos mentales severos, así como los que admiten ofrecer actividades formativas relacionadas con la Salud Mental para los profesionales de Atención Primaria.

2.8 Políticas y Programas

Recurriendo una vez más a los Atlas sobre la Salud Mental en el Mundo podemos ver en la Tabla 4 una panorámica global del porcentaje de estados europeos que cuentan con políticas y programas para atender a la Salud Mental de sus ciudadanos.

	Europa	Las Américas	El Mundo
Políticas de Salud Mental (%)	70,6	72,7	62,1
Programas nacionales de Salud Mental (%)	52,9	76,5	69,6
Atención comunitaria a la Salud Mental (%)	79,2	75,0	68,1

Tabla 4: Proporción de países con políticas y programas específicos para la atención la población con enfermedades mentales en la Región Europea, las Américas y el Mundo (*Fuente: WHO- MHA '05*)

Conviene destacar que los programas de Atención Comunitaria a la Salud Mental en la Región Europea han aumentado de 72,3% de los países en el Atlas 2001 a 79,2 en el Atlas 2005.

Sin embargo, llama la atención que casi el 80% de los países digan contar con “Atención Comunitaria a la Salud Mental” y sean algo más del 70 los que dicen disponer de una Política de Salud Mental, mientras que no llegan al 53% los que afirman contar con Programas Nacionales de Salud Mental. ¿Se trata de un problema de glosario, de diferente acepción de los conceptos, de complejas realidades políticas nacionales? Sólo una investigación más detallada de cada estado y sus regiones podría ofrecer una información más satisfactoria.

En el documento elaborado por la Secretaría de la OMS (WHO. A55/18. 2002) para la 55 Asamblea Mundial de la Salud mencionado más atrás, se informa que se ha elaborado un programa quinquenal de apoyo a los estados miembros, que contiene cuatro estrategias básicas: a) desarrollo de un sistema de información, al apreciarse su ausencia una de las carencias más frecuentes, pese a su valor estratégico; b) desarrollo de políticas y servicios adecuados a las necesidades concretas de cada país; c) promoción de los derechos humanos de personas con trastornos mentales y sus familias; y d) investigación, aspecto sobre el que se volverá más adelante. Sería interesante conocer el seguimiento que se haya hecho de este programa quinquenal y de sus resultados.

Es, en definitiva, un área difícil de evaluar sin el empleo de métodos suficientemente sofisticados y sin la colaboración efectiva y abierta de los estados.

3. Promover la Salud Mental entre la población

Hay materias o apartados que se prestan bien a la retórica y que ornamentan la mayor parte de los documentos de los organismos internacionales, de los programas nacionales de Salud Mental y de los consensos profesionales. La promoción de la Salud Mental y la lucha contra el Estigma forman parte de ellos. Sin duda dan lugar a afirmaciones incontestables desde el punto de vista ético y conceptual, que expresan buenas intenciones, pero que suelen carecer de capacidad operativa. Hay numerosos ejemplos de ello en los textos consultados.

El propio CoE hace un cuarto de siglo (Rec (83) 5) ya dirigía una llamada a la enfermería operativa en Salud Mental, para que incluyera la “fomento y protección de la salud mental ... en hospitales y/o en la comunidad”. Algún tiempo después (Rec (86) 5) trasladaba las recomendaciones al ámbito educativo.

En 1985 se celebró en Estocolmo una importante Conferencia de Ministros, cuyo primer informe estuvo dedicado a la promoción en Salud Mental (CEHM-PMH'85).

Un relevante documento del CoE (Rec (90) 22) definió los objetivos de la promoción en Salud Mental:

- “Promover las habilidades psicosociales y mecanismos de afrontamiento a nivel individual.
- Promover redes de apoyo en el ámbito interpersonal y social.
- Promover servicios psicosociales adecuados para afrontar la necesidad.
- Promover condiciones de vida más apropiados en cuanto a la vivienda, la educación, etc. para los colectivos vulnerables.

Más adelante, teniendo en cuenta que Europa está experimentando una gran transformación política, social y tecnológica, el CoE resalta la necesidad de recursos renovados para afrontar los retos del futuro (CHM'96). Para el CoE, “La buena salud de la población es un prerrequisito para el bienestar social y el funcionamiento económico de una nación. Promover la salud y la atención sanitaria constituyen importantes objetivos sociales, plantean interrogantes fundamentales sobre las obligaciones y objetivos sociales y la protección de los derechos humanos como la base de la salud”.

Mucho más recientemente, de nuevo el Consejo de Ministros del CoE (Rec (2004) 10. Artículo 5. Fomento de la salud mental) recomienda que “los estados miembros deberán promover la salud mental mediante el fomento del desarrollo de programas para aumentar la concienciación ciudadana sobre la prevención, reconocimiento y tratamiento de los trastornos mentales”. Son sólo unos ejemplos de cómo el CoE se ha venido preocupando de este tema, como lo han hecho otros organismos internacionales, pero siempre sin el mordiente y la operatividad que el tema amerita.

4. Equidad

En la Conferencia de Helsinki (WHO-MHAPE'05) se dijo que “Los problemas de salud no están distribuidos equitativamente”. A pesar de que las ventajas económicas y los avances científicos han aumentado la longevidad y calidad de vida de muchos, más de 100 millones de personas en los 53 países de la Región Europea siguen viviendo en la pobreza. Las duras condiciones económicas y sociales han alimentado el incremento de enfermedades transmisibles y no transmisibles”.

Con anterioridad, y sobre las mismas premisas, la OMS había lanzado el Programa para Ciudades Saludables y Gestión Urbana³¹¹ para implicar a las autoridades locales en el desarrollo de la salud, resaltando un proceso de compromiso político, innovación institucional, nuevos proyectos y la planificación basada en los socios. La política promovida hace “especial hincapié en las desigualdades en materia de salud”, las necesidades de los grupos vulnerables, la gestión participativa y una mirada a los factores medioambientales que determinan la salud: los factores socioeconómicos, entre otros. Se habrá evaluado el programa para el 2009, una vez concluidos sus cinco años de duración. ¿Tendrá la OMS datos disponibles y fehacientes como resultado del programa en los que basar la evaluación? Esta es una relevante cuestión que será tratada más adelante.

³¹¹ Las Ciudades Saludables es un movimiento mundial con redes en las seis regiones de la OMS y el programa en su conjunto terminará en 2008 (2003-2008).

4.1. Acceso equitativo a los servicios de salud

La equidad en el acceso y disponibilidad de los servicios de salud es un bien necesario y un derecho reconocido por UND-SREOPD'93. Es un derecho, no obstante, que no está suficientemente garantizado entre los estados, ni entre las regiones dentro de un mismo estado, como se argumentó en apartados anteriores.

Particular importancia tiene la materialización de este derecho para las personas con trastornos mentales, las cuales constituyen un grupo de especial vulnerabilidad. Estas tiende con frecuencia a descuidar su salud física y mental, y a abandonar los cuidados que puedan ofrecérsele.

El CoE considera que la Equidad debería estar integrada en los sistemas de salud de los estados europeos, puesto que se trata de un elemento indispensable de una política de salud razonable y de los aspectos que conciernen a la Salud de otras políticas (CHM'96).

No otra cosa se acordó en la Conferencia de Helsinki (WHO-MHAPE'05). Entre sus recomendaciones es posible leer:

- “Garantizar que todos tengan acceso a servicios de salud mental en el ámbito de la atención primaria.
- El acceso y seguimiento del contacto con los servicios. Ofrecer y establecer la atención a la salud mental en otros servicios de atención primaria y en ámbitos de fácil acceso, tales como los ambulatorios y hospitales generales.
- Planificar y ejecutar servicios comunitarios especializados, accesibles las 24 horas del día, siete días a la semana, con personal multidisciplinar, para atender a las personas con problemas graves de esquizofrenia, trastornos bipolares, depresión severa o demencia”.

Más recientemente, se celebró en Oslo un foro muy relevante sobre la materia, organizado por OMS-Europa (WHO-TFF'06) y “dirigiéndose hacia la equidad en la salud”. En su sección segunda: “Desencadenando la colaboración a todos los niveles para apoyar el compromiso político”, el Foro encontró que la falta de igualdad en la salud se debía a causas complejas y que la responsabilidad institucional en cuanto a la equidad en la salud no siempre estaba bien delimitado en los estados. El Foro se centró en tres prerequisites fundamentales para la ejecución y seguimiento de la labor política a favor de la equidad:

- "En primer lugar, es importante no abrumarse por la complejidad de la tarea política de abordar la falta de equidad en la salud. Un enfoque de avance paso a paso puede ser útil al comienzo.
- En segundo lugar, es esencial que el sector de la salud tome la iniciativa y consiga un amplio consenso político. Un argumento útil para asegurar el apoyo político de la experiencia de otros países en el aumento de la participación del sector público sería resaltar la carga económica que supone la morbilidad causada por la falta de equidad.
- En tercer lugar, el sector de la salud no debería limitarse a tomar la iniciativa, si no actuar a todos niveles posibles e implicar a cuantos sectores pueda.

En el apartado cuarto: “Mejora global del acceso a los servicios de salud” resalta que el acceso global a los servicios de salud constituye una de las estrategias principales en la consecución de una mayor equidad en la salud: “Es necesario abordar una mejora del acceso a los servicios a todos los niveles. Una medida podría ser una mayor correspondencia entre los servicios de salud y las necesidades para reducir los obstáculos a los cuidados efectivos y evitar la trampa de la pobreza médica. Esto se podría lograr, por ejemplo, dando prioridad a

determinados colectivos más necesitados. El seguimiento es otra herramienta esencial para mejorar el acceso a los servicios de salud”.

4.2. Acceso equitativo a los servicios de salud de las personas con discapacidad

“Considerando que más de 500 millones de personas en el mundo sufren alguna discapacidad relacionada con deficiencias físicas, mentales o sensoriales” y otros muchos antecedentes, el Comité de Ministros del CoE formuló una serie de recomendaciones importantes "sobre un Política coherente para las Personas con Discapacidad" (Rec (92) 6). Tal vez la parte más sustancial del documento sea el Apéndice. Los tres pasos establecidas por la OMS se asumieron y definieron en el Sección 1 (Política General), subsección 5: “impedimento”, “discapacidad” y “minusvalía”. Los tres pasos se usan después como base sólida para el desarrollo de todo el documento.

La sección III se ocupa de la “Identificación” y el “Diagnóstico”. El Diagnóstico (apartado 2) tiene especial relevancia y se enfatiza la necesidad de establecerlo lo antes posible, basándolo, no solo en la historia clínica familiar y personal, sino en las pruebas y evaluaciones que permitan formular una evaluación precisa del grado de discapacidad. Recomienda la existencia de equipos especializados en esta evaluación, que serían también responsables de la custodia y confidencialidad de la información. También se hacen en esta apartado importantes consideraciones sobre la necesidad de evitar hospitalizaciones prolongadas apoyándose en las familias y en las agencias sociales que favorezcan la mejor reintegración social posible.

Tampoco la etapa de rehabilitación es olvidada en el documento dentro de esta misma sección, para la que reclama centros bien equipados, atendidos por equipos multidisciplinarios especializados. Siempre de acuerdo con el Apéndice (Rec (92) 6), estos centros deberían ofrecer:

- Formación inicial o continuada en el ejercicio.
- Orientación vocacional.
- Terapia ocupacional o, para adultos, terapia ocupacional pre-vocacional.
- Apoyo psicológica o psiquiátrica para la adaptación a las propias limitaciones con el fin de superar la discapacidad.
- Logopedia, fisioterapia, etc. para discapacidades específicas.

Dentro de la sección XII (Estadísticas e Investigación) del Apéndice (Rec (92) 6), el apartado dedicado a la Investigación merece también ser destacado, porque es en este campo, como después se verá, donde surgen grandes desigualdades entre los estados miembros. A pie de página se muestran los principios y las recomendaciones establecidos por el Comité de Ministros a este respecto³¹².

³¹² “2. Investigación

2.1. Resulta esencial fomentar y promover la investigación básica y funcional en los ámbitos del impedimento, discapacidad y desventaja.

2.2. Todos los aspectos relacionados con la prevención, identificación y tratamiento de los impedimentos y discapacidades deberían ser el objeto la investigación científica.

2.3. Además, las autoridades competentes deberán realizar o apoyar un programa de investigación económica, tecnológica, sociológico y psicosocial con el fin de determinar, por una parte, la forma más eficaz de reducir o contrarrestar la desventaja que experimentan las personas con discapacidad y, por otra parte, las condiciones que sería necesario abordar con el fin de integrarles en la sociedad de la manera más plena posible.

Con esto en mente, se deberá prestar una atención especial a la evaluación de experimentos innovadores en el ámbito de la integración, y en particular a los que hagan uso de las nuevas tecnologías.

Con posterioridad, el lema de la V Conferencia de Ministros de Sanidad, celebrado en Varsovia, Polonia (CHM'96) fue: "Equidad y los Derechos de los Pacientes en el ámbito de reformas en materia de Salud". El evento reunió a 44 estados europeos para debatir unos de los retos más esenciales a los que se enfrentan los que deciden las políticas actuales: garantizar la equidad y los derechos de los pacientes en una época de restricciones económicas" (CHM'96).

Otro hito fue el Congreso Europeo sobre Discapacidad (Madrid 2002). Concluyó con la afirmación que las personas con discapacidad tienen derecho a los mismos derechos humanos que cualquier otro ciudadano, según su lema: "La suma de la no discriminación más la Acción Positiva es la Integración Social". Abogan por una sociedad integradora que, entre otros muchos principios, sería capaz de ofrecer servicios para la vida independiente y el empleo como la clave de la integración social, y que son particularmente relevantes para los programas de integración de los enfermos mentales.

Poco después, la Asamblea Parlamentaria del CoE adoptó la Rec 1592 (2003) titulada: "Hacia la plena integración social de las personas con discapacidad". Tras reconocer que entre 80 y 120 millones de europeos sufren algún tipo de discapacidad, el documento hizo referencia a la Conferencia Europea sobre Discapacidad mencionada con anterioridad, y apoyó la II Conferencia Europea de Ministros responsable de las Políticas para la Integración de Personas con Discapacidad que tendría lugar en Málaga en mayo 2003 (MDPD'03).

Tuvo especial relevancia el "Acuerdo Parcial" que logró el Comité para la Rehabilitación e Integración de las Personas con Discapacidad³¹³ (CD-P-RR (2004) 195). Con el fin de mostrar su importancia, se ofrece a continuación una tabla con el resumen de sus actividades.

Actividades específicas					
Nº	Actividad	Objetivo	Organismo responsable	Plazo	Revisión sesión 27 del 21 al 24 sept. 2004
1	Consejo de Europa Plan de Acción para la Discapacidad	Adoptar el Plan de Acción Implementar el Plan de Acción	CD-P-RR	Sept. 2004-2005-2006	cont.
2	Nuevas tendencias en el suministro de servicios	Publicar el Informe	CD-P-RR	Primavera 2004	Terminado (en la imprenta)
3	Discapacitados con una gran necesidad de apoyo	Publicar el Informe	CD-P-RR	Primavera 2004	Terminado (en la imprenta)
4	Leguaje de signos	Terminar Informe sobre la situación del lenguaje de signos	CD-P-RR	Primavera 2004	Acordado y publicación autorizada
5	Prevención de la discapacidad	Publicar el Informe final	P-RR-PREV	Verano 2004	Acordado y publicación autorizada
6	Protección de los discapacitados contra el	Terminar y aprobar el borrador de resolución	CD-P-RR	Septiembre 2004	Aprobado ad referendum

2.4. Dicha investigación deberá formar parte de una política general que cubra todos los aspectos de la vida humana y la sociedad. Deberá desarrollarse de manera concertada y coordinada y contribuir al intercambio de información a nivel nacional e internacional.

³¹³ Comité en virtud de la Resolución (96) 35 del 2 de octubre 1996

	abuso				
7	Viaje aéreo	Revise la nota sobre viajes aéreos	CD-P-RR	Septiembre 2004	Subconjunto de actividad
8	Diseño Universal(Discapacidad)	Ejemplos de buenas prácticas, recomendaciones	P-RR-UD	31/12/2006	cont.
9	Educación de niños con autismo	Ejemplos de buenas prácticas, recomendaciones	P-RR-AUT	31/12/2006	cont.

Tabla 4: Actividades específicas de CD-P-RR. Fuente: Rehabilitación e Integración de las Personas con Discapacidad Acuerdo parcial

Tras las actividades del CD-P-RR, Rec (2006) 5 del Comité de Ministros a los estados miembros lanza el Plan de Acción del Consejo de Europa para promover los derechos y la participación plena de las personas con discapacidad en la sociedad: “La mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2015³¹⁴”.

El Plan de Acción para la Discapacidad del Consejo de Europa (CEDAP), que continúa en la actualidad, incluye las siguientes 15 líneas de actuación:

1. Participación en la vida política y pública
2. Participación en la vida cultural
3. Información y comunicación
4. Educación
5. Empleo, orientación ocupacional y formación
6. El ambiente construido
7. Transporte
8. Vida en comunidad
9. Atención a la Salud
10. Rehabilitación
11. Cobertura social
12. Cobertura legal
13. Protección contra la violencia y el abuso
14. Investigación y desarrollo
15. Concienciación

Entre la población de discapacitados en Europa, el CEDAP presta especial atención a determinados colectivos y minorías que se enfrentan a dificultades especiales o discriminación por partida doble:

- Las mujeres y niñas con discapacidad
- Discapacitados con una gran necesidad de apoyo
- Niños y jóvenes con discapacidad
- El envejecimiento de los discapacitados
- Los discapacitados pertenecientes a minorías e inmigrantes

³¹⁴ Adoptado por el Comité de Ministros el 5 de abril 2006 en la 961ª reunión de los delegados de los Ministros.

La responsabilidad de la implementación del CEDAP dependerá de los estados miembros, en colaboración estrecha con el movimiento de discapacitados. Los estados miembros empezarán con una evaluación de sus actuales políticas de discapacidad y la identificación de las lagunas, seguida del desarrollo de acciones específicas para poder costearlas. Las futuras políticas de cada estado miembro tendrán que estar en consonancia con los recursos económicos del país, puesto que el CoE no aportará ayudas económicas para la implantación de los Planes de Acción nacionales. ¿Cuál será el resultado del CEDAP en los 46 países miembros del CoE? Se anima a los estados para que informen con regularidad al Consejo de Europa sobre el proceso de implementación; aunque el CEDAP continúa, todavía es demasiado pronto para evaluarlo.

4.3. Investigación y evaluación

Con carácter general, existe una ausencia de equidad en la investigación y en la difusión de la producción científica; desequilibrio que se traduce en menos acceso al conocimiento en los países con menor nivel de desarrollo. Esta desigualdad está presente también en Europa.

Existe una necesidad apremiante de sistemas de información adecuadas sobre la salud. La falta de información sobre datos epidemiológicos y la disponibilidad de recursos de salud mental en toda Europa dificulta cualquier tipo de evaluación, investigación comparativa y políticas basadas en datos, creando dificultades tanto para los organismos nacionales como los multinacionales (por ejemplo: CoE y OMS).

Desde los primeros párrafos de este capítulo del informe se viene advirtiendo sobre la dificultad de evaluar y comparar la Salud Mental y su atención, usando datos reales del conjunto de los 46 estados miembros del CoE. La mayor parte de este trabajo se ha hecho gracias a datos hechos públicos por la OMS, pero las más de las veces sobre una región más extensa que la que constituye el CoE. Con frecuencia ha sido preciso recurrir a estudios realizados en la Europa Occidental, sobre todo en países miembros de la UE.

Es por lo tanto conspicua la necesidad de que el propio CoE pueda manejar su propio sistema de información y evaluación sobre la evolución en cada estado miembro de los programas que ponen en marcha sus órganos ejecutivos. El CoE precisa dotarse de un sistema de información o monitoreo vinculado estrechamente al desarrollo propio de instrumentos de evaluación en Salud y en Salud Mental, los cuales han de ser aplicables a la diversidad social, económica, cultural y lingüística de todos y cada uno de sus estados miembros.

El seguimiento es otra herramienta esencial para mejorar el acceso a los servicios de salud, como se mencionó en los comentarios sobre el acceso equitativo a los servicios. Es igualmente esencial en los esfuerzos por desarrollar servicios sanitarios de calidad en sí mismos.

Ya en 1990, dentro de un apéndice de recomendaciones (Rec (90) 22), encontramos un apartado (VI. 8) dedicado a la investigación. En él se propone que la investigación existente debería ser revisada en lo concerniente a la Salud Mental; y señalaba las áreas dentro de las que más investigación debería ser promovida:

- I. “Desarrollo de mecanismos sanos de afrontamiento en los colectivos vulnerables;
- II. Los factores que puedan facilitar el desarrollo psicosocial satisfactorio de los niños y jóvenes en riesgo, incluidos los que hayan estado expuestos a los abusos.
- III. Los progenitores solteros y sus hijos, teniendo en cuenta los patrones cambiantes de la vida familiar.
- IV. Los patrones cambiantes del suicidio y parasuicidio destinados a identificar métodos efectivos de prevención, con especial hincapié en los adultos jóvenes.

- V. Los factores que puedan afectar a la salud mental de las minorías étnicas, incluidos los inmigrantes, trabajadores temporeros y refugiados.
- VI. El efecto de la jubilación anticipada en la salud mental de los mayores y el riesgo de factores para la demencia, degeneración cognitiva y trastornos confusionales.
- VII. Métodos de ofrecer ayudas a las familias de los discapacitados mentales o físicos y los que sufren trastornos mentales severos o de larga duración, y de concienciar al público de sus necesidades”.

Consciente de la escasez de instrumentos de evaluación e investigación aplicables transnacionalmente, la Conferencia de Ministros de Salud de 1996 (CHM’96) recomendó para el nivel institucional, entre otras cosas: “el desarrollo de instrumentos para optimizar la contención y efectividad del gasto mediante instrumentos de control, la responsabilidad y la medicina basada en la evidencia”. Aunque se centraba en la relación efectividad-gasto, la ejecución de la recomendación representaría un gran avance.

El documento elaborado por la Secretaría de la OMS (WHO. A55/18. 2002) varias veces mencionado, al referirse a la investigación, afirma que la mayor parte de las investigaciones se llevan a cabo en países industrializados y no abarcan cuestiones que revistan especial interés para los países en desarrollo. El informe propugna la creación de una red internacional de científicos e instituciones para apoyar estas actividades y el patrocinio de actividades relacionadas con la salud mental.

También la más reciente Conferencia de Ministros de Helsinki (WHO-MHAPE’05) en el apartado 12 de sus desafíos (El reto de evaluar la efectividad y generar nuevas evidencias) hace referencia destacada a la importancia de la medicina basada en pruebas para cualquier proceso de planificación en Salud Mental³¹⁵.

Dentro de las acciones propuestas por la Conferencia merecen ser mencionadas aquí las que siguen:

- La V: “Abordar la falta de conocimiento entre la investigación y la práctica mediante la colaboración y asociación entre investigadores, políticos y médicos en seminarios y publicaciones accesibles”.
- La IX: “Ampliar la colaboración europea en materia de investigación en salud mental mediante el fomento de las redes entre los centros que colaboran con la OMS y otros centros que desarrollan labores de investigación en el campo de la prevención”.
- Y el X: "Investigar en la colaboración regional sobre la información y la difusión con el fin de evitar la duplicación de la investigación de aplicación general y la falta de conocimiento respecto de actividades exitosas y relevantes en otros lugares".

Para finalizar este subapartado sobre investigación y evaluación conviene comentar un escrito de Vikram Patel, en calidad de editorialista invitado, en la prestigiosa revista europea *Acta Psychiatrica Scandinavica* (Patel V, 2007). A partir de un reciente sondeo comenta la

³¹⁵ “A pesar de los avances en la investigación, determinadas estrategias e intervenciones todavía carecen de la necesaria base probatoria y por tanto se requiere más inversiones. Además, se requiere asimismo investigación en la difusión, puesto que existen indicios respecto de la efectividad de las nuevas intervenciones y muchos políticos, gestores, médicos e investigadores desconocen los ejemplos de buenas prácticas nacionales e internacionales. La comunidad investigadora europea necesita colaborar para asentar las bases para actividades de salud mental basadas en evidencias. Las grandes líneas de investigación incluyen el análisis de las políticas sobre salud mental, evaluaciones del efecto de las políticas generales sobre la salud mental, evaluaciones de los programas para promover la salud mental, una base más sólida para las actividades de prevención y nuevos modelos de servicio, y la economía de salud mental”.

comparación entre la proporción de trabajos de investigación enviados para publicar en esta revista desde los países con ingresos medios-bajos (PIMB) y desde los países con ingresos altos (PIA). Según el sondeo, menos del 20% de los artículos procedían de países que albergan el 80% de la población mundial. También pone de relieve que la proporción de los artículos que son finalmente aceptados es inferior al 10%; en otras palabras: la tasa de aceptación es significativamente inferior a la de los trabajos procedentes de los PIA. Este hallazgo había sido hecho por el propio Patel, y por otros, en otras revistas de impacto y en años precedentes. Es interesante observar que entre los artículos que fueron finalmente aceptados desde PIMB no mostraron ninguna diferencia en términos de índice de citación, lo que indica que la calidad de los mismos no desmerecía frente a los procedentes de PIA.

Se pregunta cómo resolver la brecha: PIMB-10 vs PIA-90 y tras analizar las opciones y las dificultades, recomienda como estrategia más efectiva en PIMB la de integrar la investigación en Salud Mental dentro de la Investigación en Salud Pública, sobre todo dentro de la formación de investigadores en Salud Pública, enlazándolas a través de los programas comunitarios que en buena medida ambas disciplinas comparten. Patel advierte que la investigación no es una carrera valorada por los profesionales en PIMB y que a menudo buscan la forma de dejar su país contribuyendo a la fuga de cerebros (*brain drain*). Con un cierto pesimismo advierte que sin la activa colaboración de los centros de investigación PIA no podrá encontrarse una satisfactoria solución al problema.

Este trabajo de Patel permite una reflexión acerca de las desigualdades entre unos y otros estados del CoE y cómo tales desigualdades están impidiendo, posiblemente, que se disponga de la información científica necesaria, y de datos fiables y evaluables sobre la Salud y sus cuidados para toda la población que cubre el CoE.

5. Principios para la salvaguarda de la equidad y los estándares de calidad

5.1. Atención basada en la Comunidad

Ya en el subapartado “Camas psiquiátricas y cambio de paradigma hacia la Salud Mental Comunitaria como modelo de atención” se trató este tema con una cierta extensión. Se trae de nuevo a este epígrafe para destacarlo desde la óptica de los principios basados en el conocimiento científico, o, en su ausencia, en el consenso profesional.

Quizás no haya documento internacional que, dentro de su brevedad, mejor haya recogido los principios de los Cuidados en la Comunidad para personas con trastorno mental y que haya sido aceptado más universalmente que la Declaración de Caracas de 1990 (PAHO/WHO'90). En la nota a pie de página puede verse el texto íntegro de la Declaración³¹⁶.

³¹⁶ 1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;
2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;
3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben:
a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles,
b) estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados.
c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario.
4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, y
b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;
5. Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental

Refiriéndose al hospital psiquiátrico como modelo hegemónico de atención, la Declaración de Caracas dice en sus consideraciones previas que:

- "aísla al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social;
- crea condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo;
- requiere la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental;
- imparte una enseñanza insuficiente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

Prueba de la repercusión de esta Declaración la constituye el hecho de que la Organización de Estados Americanos hizo públicas unas recomendaciones en 2001 basándose en estándares fijados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que a su vez estaban inspirados en la Declaración de Caracas.

Más recientemente, estos principios fueron expresamente refrendados en Brasilia, durante la "Conferencia Regional sobre la Reforma de los Servicios de Salud Mental – 15 años después de la Declaración de Caracas", que fue convocada en noviembre 2005 para evaluar el progreso logrado desde 1990 (PAHO/WHO'05).

En Europa, ese mismo año (2005), David McDaid y Graham Thornicroft publicaron una interesante revisión de la literatura científica sobre el asunto, dentro de la serie del Observatorio Europeo sobre Sistemas y Políticas para la Salud. Se transcriben a continuación casi completas sus conclusiones finales:

"La evidencia apoya la validez del desarrollo de un equilibrio entre los servicios comunitarios y hospitalarios en todos los países, independientemente de los recursos disponibles. En los países de ingresos bajos, el tratamiento de la salud mental debería plantearse desde la atención primaria, con el apoyo de determinados servicios especializados. En los países de ingresos medios, se puede ofrecer un mayor abanico de servicios de salud mental esenciales, incluyendo tanto los equipos comunitarios para la atención a la salud mental como el cuidado hospitalario de los pacientes agudos; mientras que en los países de ingresos altos se pueden integrar servicios muy especializados, la utilización de equipos de salud mental comunitarios especializados, una variedad de servicios comunitarios de atención residencial y servicios de trabajo/rehabilitación que ayudan a los individuos a encontrar y retener un empleo. La evidencia de la rentabilidad de los servicios es positiva, en general, y muchos servicios parecen estar relacionados con una mejora en la salud y en la calidad de vida a un coste que no suele ser mayor que en los servicios alternativos basados en las instituciones.

Algunos análisis parecen indicar que la desinstitucionalización no ha funcionado, lo cual parece indicar la falta de una implantación efectiva de los servicios comunitarios. Es fundamental desarrollar dichos servicios y dotarlos de suficientes recursos para mantenerlos, así como la coordinación efectiva con otros sectores tales como la atención social, el alojamiento y el empleo, y la colaboración con los grupos de consumidores y las familias.

y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelos cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración;

6. Que las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunadamente y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la reestructuración y al monitoreo y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Tampoco convendría obviar las necesidades del personal laboral de la salud mental a la hora de plantearse unos servicios equilibrados puesto que una plantilla con una buena formación es el requisito previo para unos servicios de calidad. La formación no debería de limitarse a las habilidades relacionadas con la salud; se necesitan también la capacidad de organización y la gestión, que son especialmente escasos en determinados países, impidiendo la reforma y la coordinación de servicios multidepartamentales y multisectoriales” (McDaid D & Thornicroft G., 2005).

Finalizaban sus conclusiones advirtiendo sobre la necesidad de disponer de información e investigación en línea con lo que se incluyó en el epígrafe precedente. Dicen los autores: “Para concluir, es necesario, asimismo, establecer sistemas que refuercen la base testimonial acerca de lo que funciona y en qué contexto; aún no disponemos de información sobre la efectividad ni la rentabilidad de muchas intervenciones y métodos de ofrecer los servicios. Podría ser de utilidad llevar un registro de los casos de usuarios individuales para un seguimiento de la utilización de los servicios y los resultados a largo plazo” (McDaid D & Thornicroft G., 2005).

5.2. Acceso al tratamiento

El acceso a los tratamientos es un derecho sancionado por la UNO y por cualquier cuerpo normativo nacional sobre Salud. No se discute. Es, no obstante, un derecho que en muchas circunstancias concretas no se materializa, más allá del nivel del presupuesto asignado a Salud Mental en el país. La brecha de personas con enfermedad mental grave que están sin tratamiento, como se dijo en páginas atrás, puede ser muy alta, incluso en países altamente desarrollados. El problema llega a constituir un asunto de Salud Pública de primer orden.

5.3. Acceso a los psicofármacos

La disponibilidad de tratamiento farmacológico adecuado no está garantizada en cualquier país. O lo están solo aquellos que están por debajo de un determinado umbral de coste, no atendiendo así siempre las necesidades terapéuticas de las personas enfermas de acuerdo con las mejores posibilidades que ofrece el conocimiento científico. A este respecto es aconsejable consultar con el documento “La Mejora del Acceso y la utilización de los medicamentos psicotrópicos” (WHO- Briefings’04).

Incluso dentro de un mismo país las opciones a recibir el tratamiento farmacológico más adecuado no responden siempre a patrones de equidad, sino a factores extraños al proceso clínico. A ello se refiere un relevante trabajo realizado en Francia, donde, de acuerdo con los autores “La prescripción de la medicación varía según una serie de factores tales como la etnia predominante del lugar donde se ubica el centro...” (Coste J, Venot A. 1999; Hull SA et al 2001).

5.4. Acceso a la psicoterapia y a las terapias psicosociales

La hegemonía actual del modelo biomédico de la enfermedad mental, la indudable eficacia de los psicofármacos -más allá de su precio o de los abusos en que con ellos se pueda incurrir-, la comodidad creciente que su empleo ofrece y la escasez relativa de recursos humanos, contribuyen a que las terapias psicológicas y sociales no terminen de penetrar y de generalizarse a pesar de la abundante evidencia científica que prueba su efectividad e incluso

su costo-efectividad. De su necesidad y de su buena práctica se hace eco la declaración de Madrid de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPAMadrid'96 & 2002) y también la OMS³¹⁷.

5.5. Acceso y regulación de terapias especiales

Ya se argumentó en capítulos anteriores, que las llamadas terapias especiales son todas ellas controvertidas. Sobre ellas ha habido y hay debates científicos, ideológicos, morales y, por tanto jurídicos. Sobre ellos se reclama el mayor rigor en decidir cuándo están indicadas y se hará preciso ser exhaustivos en la información a la persona enferma antes de obtener su obligado consentimiento. Pero al mismo tiempo, deberán ser accesibles a toda persona para quien constituyan la mejor opción terapéutica posible, sin que barreras ideológicas insuficientemente fundadas o discriminación económica, o de otro tipo, lo impida (WP-CDBI'2000).

5.5.1. Terapia Electro-Convulsivante (TEC)

La controversia ideológica en torno al Tratamiento Electro-Convulsivante ha existido casi desde su comienzo antes de la Segunda Guerra Mundial y se acentuó cuando se comprobó su empleo indiscriminado, sin garantías técnicas en su aplicación y en demasiadas ocasiones con carácter meramente punitivo. Tales abusos y generalizadas malas prácticas llevaron al ECT a su punto de mayor descrédito. Tanto que existe una Ley en la Provincia argentina de Río Negro, todavía vigente, que llegó a prohibir su empleo.

La investigación, con la perspectiva y el sosiego necesario ha probado que el ECT puede ser un tratamiento de elección en caso de trastornos depresivos graves, y que en tales casos debe ser administrado conjuntamente con anestesia y relajantes musculares, y con el debido consentimiento de la persona interesada (WP-CDBI'2000).

Por consiguiente, una persona con trastorno depresivo debe tener la opción de recibir esta terapia sin cortapisas ideológicas y acientíficas que lo impidan.

El **CPTStandards'06**. se ocupa de ello y recoge sumariamente las condiciones en que debe aplicarse este tratamiento. En este sentido, una de las guías de indicaciones y protocolo de administración con más solvencia es el revisado periódicamente por el Royal College of Psychiatrists (Royal College of Psychiatrists, 2005).

5.5.2. Psicocirugía

El Punto 14 del Principio 11 para la protección de las personas con enfermedad mental y la mejora de la atención de la salud mental adoptado por la Asamblea de las Naciones Unidas de 1991 hacia mención expresa del consentimiento al tratamiento para "Psicocirugía y otros tratamientos invasivos e irreversibles de la enfermedad menal", haciendo mención expresa de la irreversibilidad de la intervención psicoquirúrgica. Este carácter, los dudosos beneficios terapéuticos y los frecuentes, no ya fracasos, sino también destrozos sobrevenidos como efecto colateral no buscado en el sujeto intervenido, han hecho de esta vía terapéutica una intervención más que dudosa desde el balance efecto terapéutico/efecto no deseado.

³¹⁷ "Los medicamentos psicotrópicos constituyen tratamientos eficaces para los trastornos mentales cuando se combinan con intervenciones psicosociales." (WHO- Briefings'04).

Sin embargo, como se ha dicho para el apartado anterior, cumpliendo de manera rigurosa con las exigencias jurídicas, éticas y técnicas es un recurso terapéutico del que no debe privarse en circunstancias muy concretas a personas que padecen, de forma severa y sin respuesta comprobada a otros tratamientos, alguna de las pocas indicaciones que esta terapia quirúrgica tiene, como el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

6. Tratamiento de personas con enfermedad mental en hospitales y otras instituciones cerradas

Unidades psiquiátricas en hospitales generales o somáticos y la hospitalización involuntaria

Que una persona con un trastorno mental presente síntomas graves no significa que automáticamente haya que hospitalizarla, puede ser tratada en la comunidad con éxito. En ocasiones la calidad o intensidad de sus síntomas, su conducta inducida por la enfermedad, o los riesgos que su conducta pueda conllevar para sí mismo o para los demás hacen aconsejable su hospitalización.

La mayoría de los organismos internacionales y de las asociaciones profesionales, como se ha mostrado en capítulos y epígrafes precedentes, coinciden que cuando la hospitalización se haga necesaria, deberá hacerse en unidades psiquiátricas en hospitales generales. Numerosas legislaciones nacionales también respaldan este criterio general.

En ocasiones, la hospitalización hay que hacerla sin el consentimiento de la persona enferma, lo que lleva a implicaciones jurídicas de la mayor importancia y que han sido objeto de consideración en capítulos anteriores de este informe. Virtualmente todas las legislaciones nacionales contemplan esta posibilidad y la regulan, aunque la disparidad entre los textos legales no deja de estar presente. Se cuenta en el ámbito estrictamente europeo con dos estudios especialmente relevantes sobre el tema (Salize HJ et al, 2002; y Kallert TW & Torres-González F, 2006).

6.2. Rehabilitación basada en unidades hospitalarias

Casi nadie duda hoy de la ventaja que ofrecen los servicios comunitarios de rehabilitación, como la OMS puso de manifiesto en su texto “La Atención a la Salud Mental en los servicios comunitarios”³¹⁸ aportado a la Conferencia de Helsinki de 2005 (WHO-WHR’04). A pesar de ello, la rehabilitación en el marco hospitalario debe ser posible para personas que así lo precisen. Los centros hospitalarios, preferentemente generales, deberán contar con unidades de rehabilitación psiquiátrica, donde las personas con enfermedades mentales graves, refractarias a los tratamientos habituales y con alteraciones severas de su conducta, puedan ser sometidas a programas altamente especializados en régimen hospitalario cerrado o en régimen de hospital de día. El cierre indiscriminado de camas psiquiátricas, sin el desarrollo de

³¹⁸ “Proporcionar rehabilitación y programas de tratamientos basados en la comunidad. El objetivo de los programas comunitarios es de asistir a las personas con trastornos mentales para que puedan participar plenamente en la vida de la comunidad. Existen muchos modelos de servicios comunitarios, tales como la gestión de casos, los programas de derivación a hospitales, la asistencia domiciliaria intensiva y los servicios de extensión. Cada uno de los modelos presenta ventajas e inconvenientes y la optar por uno u otro en un país dependerá de varios factores, como el contexto sociocultural, cómo están organizados los servicios sanitarios y la disponibilidad o no de recursos económicos”.

alternativas para estas personas, ha conducido en ocasiones al descrédito de programas reformistas de la atención psiquiátrica.

6.3 Unidades psiquiátrico forenses

Personas descritas en el epígrafe precedente se ven envueltas, a veces, en conductas delictivas, sobre todo si no están siguiendo tratamiento alguno, que les llevan a los tribunales penales. Ello ha sido tratado en capítulos anteriores, pero conviene insistir en que es un problema mal resuelto en numerosos países europeos. Desde la perspectiva de la provisión de servicios queda mucho por mejorar. ¿Tienen iguales oportunidades de rehabilitación e integración social las personas a las que se refiere este epígrafe? Probablemente no en la mayoría de los casos. Con frecuencia existen interferencias e incluso incompatibilidades entre los regímenes penitenciarios y los terapéuticos, de forma que una política común europea sería muy deseable.

Tan tempranamente como en 1977 el Comité de Ministros del CoE invitaba a los estados miembros a revisar sus legislaciones relacionadas con el confinamiento de las personas con trastorno mental, redefiniendo conceptos tales como el de “peligroso”, reduciendo al mínimo los internamientos de carácter indefinido y – lo más importante – poniendo bajo jurisdicción sanitaria a aquellas personas que los tribunales dictaminasen que padecían una enfermedad mental en el momento de cometer un delito o durante el juicio, así como estableciendo medidas de apelación contra las medidas de internamiento.

Un estudio realizado en el marco de la EU, todavía reciente, comienza sus conclusiones diciendo: “No existen unos criterios generales para evaluar los procedimientos judiciales, el internamiento o la atención sanitaria de los delincuentes con trastornos mentales, debido a la complejidad y las complicaciones implicadas en una materia tan polémica” (Salize HJ, Dreßing (Eds.) 2005). Si el estudio se extendiera a otros estados miembros del CoE, la dificultad de encontrar criterios comunes sería aún más difícil.

7 La persona con enfermedad mental en centros penitenciarios cerrados

En 1998, Richard Lamb y colegas publicaron una revisión de la literatura sobre personas con trastornos mentales severos en prisiones norteamericanas (Lamb R, 1998). Advertían ya entonces sobre una creciente preocupación entre los profesionales por el incremento en el número de esas personas. Decían: “Los informes sobre gran número de personas con enfermedad mental en las cárceles y prisiones estadounidenses hicieron su aparición en la década de los 70. No se había informado de un fenómeno parecido desde el siglo XIX”. Siete años después, el mismo Lamb, hace aflorar un nuevo planteamiento: la posibilidad de que la atención a enfermos mentales estuviese siendo transferida a las cárceles (Lamb R et al. 2005).

Esta preocupación es compartida por otros autores. Entre los estudios europeos destaca el de Priebe y colegas, ya citado, quienes revisan la posible transinstitucionalización de personas con trastornos mentales graves desde el sistema de salud a otro sistema de atención, entre ellos las prisiones. (Priebe S et al, 2005).

También Falissard y colaboradores muestran datos sobre la elevada tasa de enfermedades mentales en prisiones francesas: 6,2% para la esquizofrenia, 24% para los trastornos depresivos graves, 17,7% para la ansiedad generalizada y 14,6% para la drogodependencia. (Falissard B. et al. 2006.).

Otra punta del iceberg es la preocupación en sanidad penitenciaria por el incremento del suicidio (Kimberly S. 2007).

Véase, finalmente, el muy reciente macro estudio europeo EUPRIS cuyo capítulo de resumen y conclusiones comienza con los siguientes párrafos que se muestran a pie de página (Salize HJ et al, 2007)³¹⁹.

Ante la preocupación generalizada entre los sectores próximos al problema, el cual parece crecer de manera incontrolada, se carece una vez más de la necesaria información objetiva que solo puede ofrecer un sistema de información fiable exigible a los estados. Desde ya, no obstante, el problema merita la atención por las más altas magistraturas a nivel internacional.

8 Las personas con enfermedad mental de larga evolución como grupo vulnerable

Los últimos epígrafes considerados (Rehabilitación en régimen hospitalario, Unidades psiquiátrico-forenses y Enfermos mentales en centros penitenciarios cerrados) están muy relacionados entre sí y con el grupo poblacional constituido por los enfermos mentales de larga evolución o crónicos. Es una situación a la que conducen distintos diagnósticos psiquiátricos, pero muy mayoritariamente la esquizofrenia. Aunque las estadísticas basadas en estudios fiables hablan de que la persona aquejada de esquizofrenia recupera plenamente su salud en una proporción que oscila entre el 30 y el 50% de los casos, el lado negativo es que entre el 50 y el 70% evolucionan hacia la cronicidad. Ya se ha visto anteriormente que también una proporción relevante de ellos permanece sin ningún tipo de cuidado, por una insuficiente adherencia a las terapias, o por deficiencias estructurales de los servicios que debieran atenderles. Finalmente la reducción de camas en los hospitales psiquiátricos viene contribuyendo como un factor adicional a la migración del grupo desde instituciones puramente sanitarias hacia las forenses o plenamente penitenciarias. Ello es así porque los hospitales psiquiátricos tradicionales atendían u ocultaban el problema; al reducirse la relevancia de su presencia (siguiendo la política recomendada) y no ser reemplazada por recursos comunitarios alternativos (contrariamente a lo recomendado). La conjunción de estos factores hace de estas personas un grupo muy vulnerable cada vez más conspicuo y, lamentablemente, aquellos que muestran mayor gravedad de la enfermedad se tornan tributarios de las instituciones antes mencionadas.

Los organismos internacionales y entre ellos el CoE se han mostrados preocupados por que se desarrollen políticas orientadas a la protección de los grupos vulnerables. En 1998 desarrolló una recomendación específica para el grupo vulnerable en cuestión “Sobre la organización de servicios de atención sanitaria para los enfermos crónicos”. De esta recomendación tiene especial interés el Apéndice. La estrategia primera recomienda: “Las estrategias y orientaciones dirigidas a la prevención de los problemas de salud mental y específicamente

³¹⁹ “Se desconoce el número o proporción de reclusos con problemas mentales o trastornos mentales en las prisiones y penitenciarías en todo el mundo. A pesar de la falta de pruebas basadas en la investigación, se estima que la preponderancia es mucho mayor que en la muestra obtenida de la población en general.

En principio, no se considera a las prisiones como instalaciones terapéuticas. Son los lugares donde se ejecutan las decisiones judiciales para los transgresores que han pasado por un juicio que les ha enviado para su custodia o, en el caso del pabellón de preventivos, donde las personas sospechosas de haber cometido un delito esperan juicio. La detención en sí puede causar problemas de salud mental en cierta medida. Sin embargo, desde la perspectiva de la atención sanitaria, no importa mucho si la preponderancia de los trastornos mentales en las prisiones predominan las personas que entran en prisión con problemas de salud mental previas o por los reclusos que adquirieron un trastorno mental durante su estancia en prisión a causa de condiciones carcelarias desfavorables o cualquier otra razón.

Sea cual sea la causa o cuándo se desarrolló el trastorno, los reclusos que sufren un trastorno mental necesitan recibir tratamiento una vez que se haya iniciado un trastorno; los reclusos que sufren de trastornos mentales tienen que ser tratados”.

diseñadas para atender a las necesidades de los grupos vulnerables deberán ser formuladas y promovidas en el ámbito local, regional y nacional con objetivos claros y relacionados con recursos y deberán:

- Ofrecer cuidados comunitarios,
- Estar dirigidos a la comunidad,
- Ser flexibles,
- Garantizar el acceso a los servicios y ofrecer un amplio abanico de capacidades profesionales.

Deberán de estar relacionadas con la vivienda, los servicios sociales y de salud, el alojamiento y las políticas de seguridad social que son esenciales para los cuidados comunitarios y para la implantación de una política de salud mental".

Es decir, implementar una discriminación positiva en políticas transversales socio-sanitarias orientadas a los cuidados continuados y a la integración social de este vulnerable colectivo. Ya en epígrafes iniciales de este capítulo se mencionó la necesidad de la atención urgente 24 horas por 7 días a la semana, de los tratamientos asertivos en la comunidad; en definitiva de la continuidad de cuidados.

Al mismo tiempo, la Red Maristán³²⁰ lanzó un documento consensuado sobre la atención y las necesidades de las personas con esquizofrenia durante una larga estancia en la comunidad. Se presentó por vez primera con ocasión del Simposio Regional de las Américas de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) en Guadalajara, Méjico en octubre 1998. Un año más tarde, la Red Maristán organizó una Conferencia Temática, también de WPA, sobre la materia en Granada, España, en marzo 1999. El tema general era: El Cuidado Comunitario Integral de Personas con Enfermedades Psicóticas y en el marco del acontecimiento, se hizo un llamamiento al Consenso Internacional sobre la cuestión que fue aprobada. Se adjunta como anexos.

³²⁰ En la Red Maristán participan cuatro Universidades europeas y cuatro Latinoamericanas, creada bajo el paraguas del Programa UE ALFA.

Anexos: Tablas 5 y 6

Tabla 5: Camas psiquiátricas y recursos humanos en los servicios psiquiátricos en todos los estados miembros del Consejo de Europa. (Fuente: WHO. Atlas. Mental Health resources in the World. 2001)

Tasa media por país ¹										
Países ²	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Albania	2,60	2,60	0,00	0,00	0,80	na	0,00	0,00	1	0
Andorra	1,60	0,00	1,60	0,00	8,00	9,00	30,0	26,0	0	0,76
Armenia	4,80	4,78	0,02	0,00	4,00	0,00	0,40	0,08	1,0	00
Austria	5,20	4,70	0,45	na	10,0	38,9	36,9	103,4	1,10	0,74
Azerbaiyán	7,30	7,10	0,11	0,09	3,00	3,90	0,20	0,30	1,02	0,0
Bélgica		25,0	16,4	2,40	6,60	18,0	na	na	na	1,52
Bosnia/Herz	3,60	2,40	1,00	0,20	1,80	10,0	0,50	0,03	1,5	0,04
Bulgaria	8,30	4,10	1,90	2,30	9,00	15,0	0,90	0,30	2,02	0,04
Croacia	10,2	7,90	1,20	1,10	8,50	na	na	na	1,29	
Cipre ³	5,20	4,50	0,60	0	5,00	45,0	19,3	25		
Rep. Checa	11,3	9,70	1,40	0,20	12,0	33,0	4,90	na	1,16	
Dinamarca	15,1	3,97	3,60	7,50	16,0	59,0	85,0	7,00	3,80	0,55
Estonia	10,2	8,00	2,10	0,00	13,0	0,00	na	na	1,27	
Finlandia	11,6	0,00	10,4	1,20	16,0	176	76,0	165	0	0,55
Francia	12,1	7,73	2,26	2,24	20,0	na	na	na	1,56	
Georgia	2,10	2,00	0,00	0,10	6,00	24,0	na	na	1,05	
Alemania	7,60	4,80	na	na	7,30	52,0	na	na	1,58	
Grecia	8,70	4,30	0,30	0,41	6,00	3,00	14,0	56,0	2,02	0,88
Hungría	9,60	2,30	7,20	0,10	9,00	19,0	2,00	1,00	4,17	0,09
Islandia	4,20	0,00	4,2	0,00	25,0	43,0	55,0	104	0	0,70
Irlanda	11,5	9,79	1,62	0,80	5,22	86,5	09,7	36,9	1,17	0,33
Israel	8,80	8,30	0,40	0,08	16,0	8,00	33,0	9,30	1,06	0,63
Italia	1,70	0,00	0,80	0,90	9,00	26,0	3,00	2,70	0	0,14
Letonia	15,5	15,1,	0,40	0,00	10,0	40,0	0,20	0,60	1,02	0,01
Liechtenstein ³										
Lituania	11,8	10,8	0,70	0,30	13,0	36,0	5,00	na	1,09	
Luxemburgo	10,5	7,50	3,00	0,00	12,0	35,0	28,0	35,0	1,4	0,57
Malta	18,9	18,9	0,04	0,00	5,00	13,0	02,6	2,00	1	0,20
Monaco	17,3	0,00	17,3	0,00	18,2	na	27,3	45,0	0	
Montenegro ⁴										
Holanda	18,7	15,4	1,00	02,3	9,00	99,0	28,0	176	1,21	0,65
Noruega	13,0	na	na	06,5	20,0	42,0	68,0	na		
Polonia	7,50	5,90	1,00	0,60	6,00	21,0	5,00	1,00	1,27	0,18
Portugal	7,70	2,10	1,20	4,40	5,00	4,60	2,80	7,20	3,57	0,51
Rep de Moldavia	6,70	3,40	3,30	0,00	9,00	30,5	0,70	0,50	1,97	0,02
Rumanía		7,80	6,00	1,60	2,20	5,00	na	na	na	1,3
Federación Rusa	11,8	10,3	0,50	1,00	11,0	54,0	1,00	0,60	1,14	0,02
San Marino	3,80	0,00	3,80	0,00	15,0	0,00	96,0	54,0	0	0,91
Serbia ⁴										
Eslovaquia	9,00	6,00	3,00	0,00	10,0	32,0	3,00	na	1,5	
Eslovenia	11,9	6,80	1,10	4,00	8,00	0,00	5,00	na	1,75	
España	4,40	3,70	0,60	0,10	3,60	4,20	1,90	na	1,18	
Suecia	6,70	na	na	3,20	20,0	32,0	76,0	na		
Suiza	13,2	13,2	0,00	0,00	22,0	na	40,8	na	1	
Yug/Maced ⁴	10,2	8,20	2,00	0,00	7,50	24,0	2,00	1,50	1,24	
La antigua Yugoslavia Repub de Macedonia ⁴										
Turquía	1,30	0,80	0,50	0,00	1,00	na	1,00	1,00	1,62	
Ucrania				8,40	34,0	na	na			

RU	5,80	na	na	na	11,0	104	9,00	58,0		0,36
Yugoslavia ⁴	5,20	4,10	0,30	0,80	05,4	19,0	1,20	0,50	1,26	

¹ Véase el significado de las cifras debajo de la tabla

² Bielorusia queda incluida en el Atlas de la OMS pero el país aún no es miembro del Consejo de Europa.

³ No existen datos en el Atlas Mundial de la Salud Mental 2001, pero se incluye en la versión de 2005.

⁴ Resulta difícil utilizar los datos referidos a la antigua República de Yugoslavia. Serbia y Montenegro no aparecen en el Atlas 2001. Figuran juntos en el Atlas 2005 como "Serbia y Montenegro".

Yug/Maced aparece en el Atlas 2001 pero no en el del 2005. "La antigua República Yugoslava de Macedonia" queda incluida en ambas versiones del Atlas, aunque con escasos datos.

1= Número de camas psiquiátricas/10.000 habitantes

2= Número de camas psiquiátricas en hospitales mentales/10.000 habitantes

3= Número de camas psiquiátricas en hospitales generales/10.000 habitantes

4= Número de camas psiquiátricas en otros ámbitos/10.000 habitantes

5= Número de psiquiatras/100.000 habitantes

6= Número de enfermeras de psiquiatría/100.000 habitantes

7= Número de psicólogos trabajando en salud mental/100.000 hab.

8= Número de trabajadores sociales trabajando en salud mental/100.000 hab.

9= 1/2

10= 7+8/5+6+7+8

Tabla 6: Recursos de Salud Mental en Europa
(Fuente: WHO. Atlas. Los Recursos de la Salud Mental en el Mundo. 2001)

	Camas psiquiátricas/10.000 habitantes				Profesionales en salud mental / 100.000 habitantes			
	Total	Hospitales generales	Hospitales mentales	Otros ámbitos	Psiquiatras	Psicólogos	Trabajadores sociales	Enfermeros/as psiquiátricos
Miembros de la UE con 15 Estados (2003)								
Austria	6,50	2,00	4,50	n/a	11,80	49,00	103,40	37,80
Bélgica	22,10	2,60	12,90	6,60	18,00	n/a	n/a	n/a
Dinamarca	7,10	n/a	n/a	7,50	16,00	85,00	7,00	59,00
Finlandia	10,00	9,00	0,00	1,00	22,00	79,00	150,00	180,00
Francia	12,00	3,00	7,00	2,00	22,00	5,00	n/a	98,00
Alemania	7,50	2,90	4,50	n/a	11,80	51,50	477,00	52,00
Grecia	8,70	0,30	4,30	4,10	15,00	14,00	56,00	3,00
Irlanda	9,43	1,86	7,45	1,28	6,82	12,71	47,70	136,00
Italia	4,63	0,92	0,00	3,70	9,80	3,20	6,40	32,90
Luxemburgo	10,50	3,00	7,50	0,00	12,00	28,00	35,00	35,00
Holanda	18,70	1,00	15,40	2,30	9,00	28,00	176,00	99,00
Portugal	7,50	1,00	1,50	4,90	4,70	2,00	1,60	10,10
España	4,40	0,60	3,70	0,10	3,60	1,90	n/a	4,20
Suecia	6,00	6,00	n/a	n/a	20,00	76,00	n/a	32,00
Reino Unido	5,80	n/a	n/a	n/a	11,00	9,00	58,00	104,00
Total	140,86	34,18	68,75	33,48	193,52	444,31	1118,10	883,00
Media	9,39	2,63	5,73	3,04	12,90	31,74	101,65	63,07
UE-12 Estados miembros nuevos								
Bulgaria	8,30	1,90	4,10	2,30	9,00	0,90	0,30	15,00
Chipre	5,20	0,60	4,50	0,00	5,00	19,30	25,00	45,00
Rep. Checa	11,40	1,50	9,80	0,20	12,10	4,90	n/a	33,00
Estonia	10,20	2,10	8,00	0,00	13,00	n/a	n/a	0,00
Hungría	9,60	7,20	2,30	0,10	9,00	2,00	1,00	19,00
Letonia	13,80	0,30	13,50	0,00	10,00	2,00	0,50	40,00
Lituania	10,00	1,10	8,60	0,30	15,00	5,00	n/a	36,00
Malta	18,90	0,04	18,86	0,00	4,00	2,60	3,10	102,00
Polonia	7,80	1,20	5,20	0,60	6,00	3,40	0,60	18,40
Rumanía	7,60	2,00	5,50	0,20	4,10	4,50	n/a	8,90
Eslovaquia	9,00	3,00	6,00	0,00	10,00	3,00	1,00	32,00

Eslovenia	8,46	1,26	7,20	0,00	5,35	1,65	0,45	5,80
Total	120,26	22,20	93,56	3,70	102,55	49,25	31,95	355,10
Media	10,02	1,85	7,80	0,31	8,55	4,48	3,99	29,59
Otros Estados miembros del Consejo de Europa								
Albania	2,50	0,50	2,00	0,00	2,20	0,20	0,40	4,20
Andorra	1,60	1,60	0,00	0,00	10,00	30,00	26,00	9,00
Armenia	4,80	0,02	4,78	0,00	4,00	0,40	0,08	0,00
Azerbaiyán	7,10	0,11	6,90	0,09	5,00	0,20	0,30	3,90
Bosnia y Herzegovina	3,60	1,00	2,40	0,20	1,80	0,50	0,03	10,00
Croacia	10,06	0,98	8,02	1,06	8,70	n/a	n/a	n/a
Georgia	2,10	0,00	2,00	0,10	6,00	n/a	0,00	24,00
Islandia	5,00	5,00	0,00	0,00	25,00	60,00	110,00	33,00
Liechtenstein	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Mónaco	17,27	17,27	0,00	0,00	28,50	33,00	81,00	n/a
Noruega	12,00	n/a	n/a	n/a	20,00	68,00	n/a	42,00
República de Moldavia	6,70	0,80	5,90	0,10	9,00	0,70	0,50	30,50
Federación Rusa	11,50	0,50	10,10	1,00	13,30	1,90	1,20	50,00
Serbia y Montenegro	9,60	n/a	4,50	n/a	12,80	1,20	0,50	19,00
San Marino	3,80	3,80	0,00	0,00	15,00	96,00	54,00	0,00
Suiza	13,20	0,00	13,20	0,00	23,00	40,80	106,00	46,00
La antigua Yugoslavia								
República de Macedonia	8,20	2,00	6,20	0,00	7,50	2,00	1,50	24,00
Turquía	1,30	0,50	0,80	0,00	1,00	1,00	1,00	3,00
Ucrania	9,60	0,30	9,30	n/a	8,90	0,06	0,40	34,00
Total	93,17	25,17	50,00	1,10	139,00	244,66	246,10	248,50
Media	7,22	2,15	4,48	0,17	11,21	21,00	23,93	20,79