

# LOS INTERNAMIENTOS NO VOLUNTARIOS POR RAZÓN DE TRASTORNO PSÍQUICO: ESPECIAL CONSIDERACIÓN AL PROCEDIMIENTO A SEGUIR EN LOS CASOS DE URGENCIA MÉDICA

M.<sup>a</sup> CRISTINA BERENGUER ALBALADEJO  
Profesora Ayudante Doctora de Derecho Civil  
Universidad de Alicante

*Recepción:* 29/07/2014  
*Aceptación después de revisión:* 15/09/2014  
*Publicación:* 06/11/2014

I. CONSIDERACIONES PREVIAS. II. IMPORTANCIA DEL TEMA OBJETO DE ESTUDIO. III. LA NECESIDAD DE LEY ORGÁNICA PARA REGULAR LAS PRIVACIONES DE LIBERTAD DERIVADAS DE LOS INTERNAMIENTOS NO VOLUNTARIOS POR RAZÓN DE TRASTORNO PSÍQUICO. IV. ANÁLISIS PARTICULAR DE LOS INTERNAMIENTOS POR LA VÍA DE URGENCIA: 1. *Presupuestos que justifican la medida:* 1.1. Trastorno psíquico. 1.2. Situación de urgencia. 1.3. Necesidad y proporcionalidad de la medida. 2. *Fases del procedimiento y garantías en cada una de ellas:* 2.1. Fase extrajudicial del internamiento urgente. 2.2. Fase judicial del internamiento urgente. V. CONSIDERACIÓN FINAL. BIBLIOGRAFÍA.

## RESUMEN

La ambigüedad y carencias de la regulación sobre internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico, unidas a la declaración de inconstitucionalidad que afecta a algunas de sus disposiciones por carecer del debido rango legal, exigen la elaboración de una normativa completa y bien estructurada de la materia. La reciente STC 141/2012, de 2 de julio, enjuicia por primera vez un caso de internamiento psiquiátrico *urgente* desde la óptica del derecho fundamental a la libertad personal, y el TC aprovecha la coyuntura para desarrollar minuciosamente las garantías que han de respetarse en tales casos con el fin de evitar vulneraciones arbitrarias del mismo. Este trabajo analiza la novedosa doctrina que sienta el TC en dicha sentencia.

**PALABRAS CLAVE:** internamiento involuntario urgente; libertad personal; trastorno psíquico; *habeas corpus*; art. 763 LEC.

## ABSTRACT

The Spanish regulation on involuntary placements of persons with mental health problems is ambiguous and incomplete. This, combined

with the unconstitutionality of some of its rules because of incorrect legal status, requires the development of a comprehensive and well structured regulation about this subject. The recent sentence of the Spanish Constitutional Court 141/2012, 2nd July, resolves for the first time a case of urgent involuntary placement from the perspective of the fundamental right to personal liberty and the Court use the occasion to develop thoroughly the guarantees which have to be observed in such cases in order to avoid arbitrary violations of this right. This paper focuses on the new doctrine of that judgment.

**KEY WORDS:** involuntary placement in case of emergency; personal liberty; mental disorder; *habeas corpus*; art. 763 LEC.

## I. CONSIDERACIONES PREVIAS

En fechas muy recientes, nuestro Tribunal Constitucional (en adelante, TC) se ha pronunciado por primera vez acerca de las garantías que han de respetarse en los ingresos no voluntarios por razón de trastorno psíquico cuando concurre una situación de *urgencia* que exige la inmediata intervención médica. Así, y sin perjuicio de su consolidada doctrina sobre los internamientos involuntarios cuando son acordados por la autoridad judicial, la sentencia 141/2012, de 2 de julio, resuelve el «primer recurso de amparo en el que se enjuicia desde la óptica del derecho fundamental a la libertad personal, un caso de internamiento psiquiátrico *urgente*, con las peculiaridades que éste presenta en nuestro ordenamiento al acordarse *ab initio* sin control judicial»<sup>1</sup>.

Es precisamente la libertad personal consagrada en el art. 17 CE la que se estima vulnerada en el caso concreto por el incumplimiento de las garantías exigidas en el art. 763 LEC, precepto que en la actualidad regula esta materia y que vino a derogar el art. 211 CC<sup>2</sup>. Tomando

<sup>1</sup> Así lo declara el TC en el FD 2.º de esta sentencia (RTC 2012/141). Los hechos de los que trae causa esta significativa resolución aparecen descritos con precisión en el apartado 2.º de los Antecedentes de la sentencia, al que nos remitimos. Se trata de un internamiento urgente de un sujeto que padece trastorno bipolar en el que se incumplen las garantías legales para llevarlo a cabo; en concreto, el plazo de setenta y dos horas en que debe resolver el juez, la motivación reforzada del auto resolutorio y el derecho de información del afectado. En base a estas apreciaciones, el TC otorga el amparo al recurrente.

<sup>2</sup> Aunque también se alegó vulneración del derecho a la tutela judicial efectiva del art. 24 CE, el TC considera que esta queja carece de autonomía propia. Vid. FD 1.º. En la misma línea, la STC de 21-11-2011 (RTC 2011/180) dispuso que «*los problemas de motivación en las resoluciones que acuerdan medidas limitativas de derechos fundamentales conciernen directamente al propio derecho fundamental sustantivo y no, autónomamente, al derecho a la tutela judicial efectiva*».

como punto de referencia la citada resolución y la novedosa doctrina que en ella se establece, analizaremos en las páginas siguientes tanto el *supuesto de hecho* como las *garantías procedimentales* que deben concurrir necesariamente en estos internamientos con el fin de evitar vulneraciones del derecho a la libertad. Las carencias e insuficiencias que presenta la regulación de esta materia, motivadas quizá porque desde hace más de treinta años es un único artículo el dedicado a regular un procedimiento complejo que afecta a uno de los derechos fundamentales más relevantes del ser humano como es la libertad personal, han venido generando dudas interpretativas respecto a estos extremos que en la actualidad siguen sin resolverse<sup>3</sup>. Es por ello que desde diversos ámbitos se viene exigiendo la elaboración de una ley integral y bien estructurada que regule todos los pormenores que implica la adopción de esta medida<sup>4</sup>.

## II. IMPORTANCIA DEL TEMA OBJETO DE ESTUDIO

En el caso concreto al que venimos aludiendo, el hecho de que el Tribunal decidiera entrar a examinar el fondo del asunto a pesar del desistimiento del demandante refleja la importancia que con carácter general ostenta la materia analizada<sup>5</sup>. Se esgrimen «razones de *interés público* vinculadas a la dimensión objetiva de los derechos fundamentales» para continuar con la tramitación del recurso de amparo<sup>6</sup>. Y es que, como argumenta el Tribunal en base a su propia doctrina, la existencia de tal interés *atempera el carácter rogado de la jurisdicción constitucional y determina la necesidad de hacer un pronunciamiento*

---

<sup>3</sup> Así lo afirmaba, respecto al derogado art. 211 CC, ROCA GUILLAMÓN, J., «Comentario al art. 211 Cc», en *Comentario del Código Civil*, tomo I, Madrid, 1991, pág. 660.

<sup>4</sup> Vid. ROIG SALAS, A. / GONZÁLEZ ÁLVAREZ, O. / Díez FERNÁNDEZ, M. E. / HERNÁNDEZ MONSALVE, M. / LEAL RUBIO, J. / SANTOS URBANEJA, F., «Propuesta de regulación de los ingresos involuntarios», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, n.º 114, 2012, pág. 429, o MAGRO SERVET, V., «Hacia la necesaria Ley Orgánica integral de coordinación sanitario-judicial para la protección de las personas que sufren problemas de salud mental», *Diario La Ley*, n.º 7702, Sección Doctrina, Ref. D-352, consultado en <http://laley.es>, La Ley 14746/2011, pág. 1. Ya se advirtió esta necesidad por el magistrado D. Pablo García Manzano, autor del voto particular de la STC de 1-7-1999 (RTC 1999/129), de gran relevancia en esta materia y que posteriormente comentaremos.

<sup>5</sup> Tal como se indica en el Antecedente n.º 11, el demandante en amparo había presentado un escrito solicitando el archivo del recurso por la pérdida de interés legítimo, archivo al que se opuso el Ministerio Fiscal interesando la continuación de la tramitación.

<sup>6</sup> A las que habría que añadir, tal y como hizo el Ministerio Fiscal en este caso, que la continuación del proceso no causaba perjuicio alguno al recurrente.

*expreso sobre el fondo del asunto pese al abandono de la respectiva pretensión de parte (FD 2.º).*

Varios son los motivos alegados tanto por el Ministerio Fiscal como por el órgano judicial para justificar el análisis del fondo: 1.º) Los *matices novedosos* de las cuestiones planteadas en la demanda de amparo. El TC aprovecha la coyuntura para especificar con detalle las condiciones mínimas y exigencias básicas que deben cumplir tanto la fase extrajudicial como la fase judicial de los internamientos urgentes, creando así doctrina constitucional específica en la materia. 2.º) El *colectivo especialmente vulnerable* al que con frecuencia afecta la medida, esto es, las personas con discapacidad mental. Es presupuesto objetivo para adoptar esta medida, tanto en su modalidad ordinaria como urgente, que la persona padezca un trastorno psíquico que le impida decidir por sí misma si desea o no ingresar en un centro apropiado para el tratamiento de su dolencia (art. 763 LEC)<sup>7</sup>. 3.º) La singular *importancia y trascendencia del derecho fundamental* al que afecta principalmente, esto es, el derecho a la libertad personal y a la seguridad reconocido en el art. 17 CE<sup>8</sup>. 4.º) Por último, la *función preventiva y/o disuasoria* que cumpliría la estimación del recurso respecto de eventuales actuaciones judiciales no respetuosas con la garantía de jurisdiccionalidad propia de este ámbito de tutela. A nuestro juicio, este moti-

<sup>7</sup> La adopción de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 13 de diciembre de 2006 ha conllevado que nuestros tribunales vengán interpretando los criterios que justifican los internamientos involuntarios de forma más adecuada al nuevo concepto de discapacidad que instaura. En este sentido pueden verse, entre otros, los Autos del Tribunal Supremo de 11-12-2008 (RJ 2009/288), 11-5-2010 (RJ 2010/3691) o 27-3-2012 (RJ 2012/5587), o los Autos de la AP Sevilla de 15-9-2011 (JUR 2012/2567) y 28-11-2012 (JUR 2013/152793).

<sup>8</sup> La mención a la «seguridad» como algo distinto de la «libertad» se explica porque la libertad física como bien jurídico protegido incluye la interdicción de privaciones o restricciones arbitrarias de la misma. Así lo expone DIEZ-PICAZO, L. M., *Sistema de Derechos Fundamentales*, Navarra, 2005, pág. 261, al delimitar el ámbito de aplicación del precepto. La consecuencia inmediata de dicho reconocimiento es que, como sigue diciendo el precepto, nadie podrá ser privado de su libertad, «sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley». Observa el autor citado, pág. 265, que esto no significa que el legislador goce de absoluta discrecionalidad para fijar los casos en que se puede privar de libertad a una persona, sino que debe permitir tal restricción del derecho siempre y cuando se respete el principio de «proporcionalidad» de la medida. Además del derecho a la libertad personal y a la seguridad, otros derechos pueden verse afectados cuando se procede al internamiento involuntario de la persona; entre ellos, la dignidad (art. 10 CE), la igualdad (art. 14 CE), la integridad física y moral al ser sometido a tratos inhumanos o degradantes (art. 15 CE), la intimidad personal (art. 18 CE), la propia imagen (art. 18 CE), la privacidad de las comunicaciones, la salud (art. 43 CE) y la tutela judicial efectiva (art. 24 CE). Con el control judicial de los internamientos no voluntarios se pretende proteger todo este conjunto de derechos.

vo es una llamada de atención a los órganos judiciales para que actúen con extremada diligencia en este tipo de procedimientos y para advertirles de que la inobservancia de las garantías legales permitirá interponer y que prospere un procedimiento de *habeas corpus* o incluso un recurso de amparo —como es el caso—, sin perjuicio de las consiguientes responsabilidades por detención ilegal<sup>9</sup>.

Además de los motivos expuestos, creemos que podría añadirse otro que justificaría aún más el acierto de que el Tribunal se pronunciara sobre el fondo: la frecuencia con que se realiza este tipo de internamientos en la práctica<sup>10</sup>. La utilidad de la sentencia es incuestiona-

<sup>9</sup> Así lo considera LETE DEL RÍO, J. M., «Internamiento por razón de trastorno psíquico», AC, n.º 43, Sección Doctrina, Ref. LXVI, pág. 1305, tomo 4, consultado en <http://laley.es>, La Ley 2679/2002, nota 47, y ROCA GUILLAMÓN, J., *op. cit.*, pág. 662.

<sup>10</sup> La doctrina española afirma que los internamientos urgentes se configuran como el *procedimiento tipo* en la práctica. Así, por todos, LOZANO BLANCO, J., «Comentarios a los arts. 756 y siguientes LEC», en *Comentarios a la Ley de Enjuiciamiento Civil*, F. Torribios Fuentes (dir.), Valladolid, 2012, pág. 1426, o BARRIOS FLORES, L. F., «El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, n.º 116, 2012, pág. 830 y doctrina citada. Señala CASAS PLANES, M. D., «Reflexión acerca del daño moral al enfermo psíquico derivado de actuaciones judiciales, y del funcionamiento anormal de la Administración Pública (Propuesta de *lege ferenda*)», *Diario La Ley*, n.º 6697, Sección Doctrina, 20 abril 2007, Año XXVIII, Ref. D-97, La Ley 1541/2007, que esto es consecuencia de la lentitud en la resolución de los internamientos ordinarios que, a su vez, provoca la distorsión en la motivación que lleva a su solicitud, el empeoramiento del paciente y de la situación sociofamiliar. Por ello, servicios sociales y familias acuden a la vía de urgencia. No parece ser así en Inglaterra, según expone HALE, B., *Mental Health Law*, Londres, 2010, pág. 124. Esta autora pone de relieve que si bien los internamientos urgentes fueron los más utilizados bajo la Ley de 1959, ahora son los menos empleados y sigue disminuyendo su uso. Más de la mitad de estos internamientos se han convertido en admisiones de la sección 2.<sup>a</sup> (esto es, internamientos para diagnóstico) y algunos han sido sustituidos por internamientos de la sección 3.<sup>a</sup> (internamiento para tratamiento). Según apunta, la razón del descenso de los internamientos en general —no sólo de los urgentes— se debe en gran medida al cambio radical sufrido por los servicios psiquiátricos a partir de la elaboración del *National Service Framework for Mental Health* de 1999, el cual contribuyó a las modificaciones de la *Mental Health Act* 1983 operadas en 2007 (por ejemplo, respecto a la conveniencia de llevar a cabo los tratamientos en comunidad y no en centros de régimen cerrado). Por otro lado, el Defensor del Pueblo manifestó ya en su *Estudio sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España*, de 1991, que en muchas ocasiones el control judicial de los internamientos urgentes no cumplía los requisitos legales exigidos. Para mayor detalle sobre las causas que provocaban esta situación, vid. <http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/Documentacion/SituacionJuridicaAsistencialEnfermoMentalSpain.pdf>. Según R. BERCOVITZ RODRÍGUEZ-CANO, del contenido de la STC de 2-7-2012 (RTC 2012/141) «cabe deducir que muy probablemente un número importante de internamientos involuntarios urgentes se vienen realizando con infracción del derecho fundamental a la libertad personal», y manifiesta su deseo de que dicha resolución «sea ampliamente difundida y que ello propicie una reducción significativa de esas hipotéticas irregularidades», en «Decálogo para los internamientos involuntarios urgentes por trastornos psi-

ble desde el momento en que consigue dar cobertura legal a un amplio abanico de supuestos, proporcionando seguridad a los ciudadanos y a los operadores jurídicos.

### III. LA NECESIDAD DE LEY ORGÁNICA PARA REGULAR LAS PRIVACIONES DE LIBERTAD DERIVADAS DE LOS INTERNAMIENTOS NO VOLUNTARIOS POR RAZÓN DE TRASTORNO PSÍQUICO

La interpretación del art. 763 LEC que lleva a cabo el TC en la resolución citada se hace desde el respeto al derecho fundamental a la libertad personal previsto en el art. 17.1 CE, de conformidad con el art. 5.1.e) del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales y con el art. 9.1 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos de 1966. Tal como tiene reconocido este órgano judicial, el internamiento por razón de trastorno psíquico es *uno de los casos en que se puede privar de libertad a una persona sin su consentimiento*<sup>11</sup>. Por ello, la norma que lo hace posible concurre al desarrollo del derecho fundamental consagrado en el art. 17.1 CE y debe gozar de carácter orgánico en virtud del art. 81 de nuestra Carta Magna<sup>12</sup>.

Sin embargo, como es bien sabido, el art. 763 LEC carece de dicho carácter puesto que fue aprobado por ley ordinaria. De ahí que el TC haya declarado la inconstitucionalidad, por ausencia del debido rango legal orgánico, de los incisos de este precepto que habilitan al juez para autorizar el internamiento no voluntario; en concreto, los primeros incisos de los párrafos primero y segundo del art. 763.1.º LEC. Así se pronunció en su sentencia 132/2010, de 2 de diciembre, respecto al citado precepto, y en la 131/2010, de la misma fecha, en relación al ya derogado art. 211.1.º del CC, el cual adolecía del mismo defecto formal. No obstante, como también sostiene el Tribunal, se descarta «la duda de constitucionalidad [...] en relación con el resto de los incisos de los párrafos primero y segundo del art. 763.1 de la Ley 1/2000, los

---

quiátrico», *Aranzadi Civil-Mercantil*, n.º 7/2012, parte Tribuna, consultado en <http://westlaw.es>, BIB 2012\3151. Ejemplo de tales incumplimientos son, entre otros, los casos resueltos en los Autos de la AP Sevilla de 21-11-2012 (JUR 2013/149129), Lugo de 17-10-2012 (AC 2013/341) o Cantabria de 12-7-2011 (JUR 2012/384635).

<sup>11</sup> Por todas, la STC de 1-7-1999 (RTC 1999/129), FD 2.º.

<sup>12</sup> Dispone el art. 81 CE que gozarán de tal carácter, entre otras, las normas «relativas al desarrollo de los derechos fundamentales y de las libertades públicas [...]».

cuales establecen las *reglas procedimentales* para la conformación de la decisión judicial de internamiento por razón de trastorno psíquico, de modo que no contienen una regulación que deba considerarse incluida en el ámbito reservado a la ley orgánica»<sup>13</sup>.

Por consiguiente, en la actualidad la única norma de nuestro ordenamiento que regula los internamientos involuntarios por trastornos psíquicos ha sido declarada parcialmente inconstitucional y el legislador, único que puede subsanar tal vulneración de nuestra Constitución, ha hecho caso omiso a los reiterados llamamientos realizados por el TC para regular esta medida mediante ley orgánica «a la mayor brevedad posible»<sup>14</sup>. Esta incomprensible y excesiva demora del legislador

<sup>13</sup> FD 4.º (la cursiva es nuestra). Ésta no era la primera ocasión en la que el TC se pronunciaba sobre la falta de rango formal de la normativa analizada, sino que ya había expuesto este mismo razonamiento en su sentencia de 1-7-1999 (RTC 1999/129), al dar respuesta a una cuestión de inconstitucionalidad sobre el *párrafo segundo* del art. 211 CC. A pesar de reconocer expresamente que la norma que permitía el internamiento no voluntario de personas con trastornos psíquicos era la contenida en el primer apartado del art. 211 CC y que, por ello, debía ostentar el carácter de *orgánica*, no declaró su inconstitucionalidad puesto que no había sido este apartado el que había sido objeto de la cuestión de inconstitucionalidad, sino su párrafo segundo, el cual, a juicio del Tribunal, no regulaba directamente la privación de libertad, sino simplemente el procedimiento judicial que debía observarse para adoptar esa decisión, materia esta última que no quedaba afectada por la reserva de ley orgánica. Frente a la discutible interpretación a favor de la conformidad constitucional del art. 211.2.º CC por la que se posicionó la mayoría, se alzó el voto particular del magistrado D. Pablo García Manzano, quien consideró que ambos párrafos eran inescindibles y no debían fragmentarse a efectos de su constitucionalidad. Vid. el argumento recogido en el último párrafo del apartado cuarto de este voto particular, que, a juicio de un importante sector de nuestra doctrina al que nos adherimos, era más atinado que el de la mayoría. Así, entre otros, RUBIO TORRANO, E., «Internamiento forzoso y libertad personal», *Aranzadi Civil-Mercantil*, vol. II, parte Tribuna, consultado en <http://westlaw.es>, BIB 1999\1377, págs. 1-2; MARÍN LÓPEZ, J. J., «Los locos y su libertad: el art. 211 del Código civil (Sobre la Sentencia del Tribunal Constitucional 129/1999, de 1 de julio)», *RDPyC*, n.º 13, 1999, pág. 211, o LETE DEL RÍO, J. M., *op. cit.*, pág. 18.

<sup>14</sup> FD 3.º *in fine*. Este retraso de nuestro legislador llama todavía más la atención si lo comparamos con la rápida respuesta que en otros países se ha dado a situaciones similares. Sin ir más lejos, el legislador francés tuvo que modificar en fechas muy recientes el Código de la Salud Pública puesto que la *Ley n.º 2011-803, de 5 de julio de 2011, sobre los derechos y la protección de las personas sometidas a atención psiquiátrica y las modalidades de atención* (norma que reformó en profundidad la regulación implantada por la *Ley n.º 90-527, de 27 de junio de 1990, sobre los derechos y la protección de las personas hospitalizadas por problemas mentales y sus condiciones de hospitalización*), contenía varias disposiciones que fueron declaradas inconstitucionales por el Consejo Constitucional (decisión de 20 de abril de 2012), si bien con efectos diferidos hasta el 1 de octubre de 2013. Con este fin se dictó la *Ley n.º 2013-869, de 27 de septiembre de 2013*. No obstante, lejos de limitarse a adaptar los postulados de la Ley de 5 de julio de 2011 a la Constitución, el legislador aprovechó la ocasión para eliminar algunas de las imperfecciones de las que ésta adolecía. Sobre estas modificaciones puede verse PRIMERVERT, M., «Les soins psychiatriques sans consentement: nouvelle réforme. À propos de la loi du 27 septembre 2013», *La Semaine Juridique*, n.º 42, 2013, págs. 1879-1881.



(más de quince años si se tiene en cuenta que este reclamo se viene haciendo desde la STC 129/1999, de 1 de julio) está provocando situaciones anómalas creadoras de inseguridad jurídica que demuestran que, a pesar de que con cautela el TC decidió utilizar la fórmula de la «inconstitucionalidad diferida» y no declarar la nulidad del precepto para evitar la creación de un vacío normativo indeseable, dicha técnica no es suficiente y urge la pronta actuación del legislador.

Como reflejo de la preocupación manifestada traemos a colación el reciente pronunciamiento de la Audiencia Provincial de Cádiz de 18 de diciembre de 2012, donde el tribunal afirma que «*no cabe solicitar al juez la aplicación de preceptos declarados inconstitucionales, sin perjuicio de que se trate de una mera inconstitucionalidad formal, pues sea o no formal, no cabe duda que es inconstitucional, y sin perjuicio de que dicho precepto no haya sido declarado nulo [...] esa no declaración de nulidad lo que afecta es a situaciones jurídicas creadas previamente al amparo de dicha norma, no a las situaciones futuras, en las cuales no cabe solicitar al juez la aplicación de una norma declarada inconstitucional, por todo lo cual y con desestimación del recurso, procede confirmar íntegramente la resolución recurrida*»<sup>15</sup>.

Este tipo de pronunciamientos justifica aún más la premura para elaborar una regulación completa y detallada de los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico que debería abarcar tanto *aspectos materiales*, esto es, las razones por las que se puede proceder al internamiento de una persona sin su consentimiento, como *aspectos procedimentales*, es decir, la forma que ha de seguirse para acordar lícitamente esa restricción del derecho fundamental a la libertad<sup>16</sup>. A este

<sup>15</sup> JUR 2013/56229 (la cursiva es nuestra). Tras la declaración de inconstitucionalidad, y con el fin de evitar situaciones de desprotección como la reflejada en el Auto citado, la Fiscalía de lo Civil del TS emitió una Circular de fecha 25-1-2011 donde aclaraba que los fiscales debían seguir instando autorizaciones o convalidaciones judiciales de internamiento en los términos del art. 763 LEC, pues éste podía seguir aplicándose. Documento consultado en <http://www.alansaludmental.com/sm-y-ley/internamiento-involuntario/>.

<sup>16</sup> Así lo viene exigiendo nuestra doctrina desde hace tres décadas: vid. BEROVITZ RODRÍGUEZ-CANO, R., «La protección jurídica de la persona en relación con su internamiento involuntario en centros sanitarios o asistenciales por razones de salud», *ADC*, tomo XXVII, 1984, pág. 972. MARÍN LÓPEZ, J. J., *op. cit.*, pág. 214, consideró, en la línea esgrimida por el magistrado que emitió el voto particular de la STC de 1-7-1999 (RTC 1999/129), que «tanto afecta al derecho fundamental a la libertad una cosa como la otra». En dicho voto particular ya se ponía de manifiesto la necesidad de mejorar la escueta regulación del art. 211 CC. El Informe de 2012 elaborado por la *European Union Agency for Fundamental Rights* (en adelante, *Informe*), titulado *Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems* (Viena, 2012), pone de manifiesto que España, junto con Grecia e Italia, es uno de los pocos Estados miembros que no cuenta con una ley sobre salud mental que regule específicamente estos te-



respecto y entre otros muchos extremos, se debería determinar desde la legitimación activa para incoar el procedimiento de internamiento hasta el plazo máximo dentro del cual el juez debería dictar el auto de internamiento en los procedimientos ordinarios, pasando por la fijación de la competencia territorial para la revisión o control periódico de los internamientos y para la autorización judicial en las distintas hipótesis que se puedan plantear (por ej., internamientos voluntarios que devienen involuntarios)<sup>17</sup>. Además, la ausencia de regulación específica sobre la forma en que deben *materializarse* los ingresos, sobre todo por lo que se refiere al transporte de los enfermos hasta el centro de internamiento, hace que en la práctica estas situaciones se vengam resolviendo a través de protocolos de actuación que no siempre se cumplen<sup>18</sup>. Si bien esta vía es idónea para eliminar situaciones conflictivas

---

mas. La principal razón esgrimida para justificar la ausencia de tal regulación es que así se previene el efecto estigmatizador de una normativa aplicable sólo a este colectivo. Sin embargo, como apunta esta Agencia, no está demostrado que la ausencia de legislación específica en este ámbito suponga un progreso. Vid. pág. 29 del *Informe de 2012* y pág. 18 del *Informe de 2002*, titulado *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients —Legislation and Practice in EU Member States—*.

<sup>17</sup> Estas y otras deficiencias de la normativa —algunas de las cuales se han ido solventando a raíz de las sucesivas reformas de la misma— fueron puestas de manifiesto por el Defensor del Pueblo en su *Estudio sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España* (1991), anteriormente citado y al cual nos remitimos. E incluso antes por nuestra doctrina más relevante; vid. BERCOVITZ RODRÍGUEZ-CANO, R., «La protección jurídica...», cit., págs. 971-973. Ya se destacaba por aquel entonces la conveniencia de que existieran órganos judiciales especializados para conocer estos asuntos y, recientemente, MAGRO SERVET, V., *op. cit.*, pág. 15, ha declarado que esto es fundamental para el éxito del sistema.

<sup>18</sup> Algunos de estos protocolos pueden consultarse en <http://www.alansaludmental.com/gesti%C3%B3n-de-riesgos-en-sm/protocolos-para-situaciones-de-riesgo-en-sm/protocolos-de-traslado-e-internamiento-de-urgencia/>. Ya en 1991, el Defensor del Pueblo puso de relieve las importantes disfunciones que se producían a la hora de trasladar a los enfermos al centro de internamiento y los motivos que las provocaban (vid. *Estudio* de 1991, cit.). Similares problemas acaecieron en Italia y, ante la imprevisión normativa sobre cómo y quién debía proceder al traslado de los enfermos, el Ministerio del Interior dictó una Circular, con fecha de 1 de octubre de 1979, donde se aclaraba que esta competencia le correspondía al personal sanitario y no a la policía, aunque se matizaba que no se excluía una eventual intervención policial en situaciones de peligro para la integridad y seguridad de la colectividad. Lo que se pretendía era reforzar el carácter terapéutico de la medida y evitar que el primer contacto de los enfermos fuera con personas que se dedicaran a perseguir delincuentes. Así lo explica VECCHIETI, A. M., *Salute mentale e riforma sanitaria*, Milán, 1983, págs. 260-261. Esta postura es la que hoy en día viene sosteniendo la doctrina de nuestro país. Vid., entre otros, FUERTES ROCAÑÍN, J. C., «Patologías psiquiátricas y tratamientos involuntarios», en *Los mecanismos de guarda legal de las personas con discapacidad tras la Convención de Naciones Unidas*, S. de Salas Murillo (coord.), Madrid, 2013, pág. 275; VEGA VEGA, C. / BAÑÓN GONZÁLEZ, R. M. / FAJARDO AUGUSTÍN, A., «Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales», *Atención Primaria: Publicación Oficial de la Sociedad Española de Familia y Comuni-*

y mejorar la funcionalidad del sistema, no se puede ignorar que estos protocolos tienen un alcance limitado tanto por lo que se refiere a su ámbito de aplicación —son de ámbito autonómico— como a su valor intrínseco —son sólo pautas o principios de actuación que carecen de fuerza normativa *per se*—. Sobre ellos se ha dicho que son adecuados «cuando no hay norma legal y la sustituyen [...] quedando éstos, cuando la norma ya está aprobada, para mejorar la aplicación práctica de la misma mediante una buena coordinación, pero los protocolos no pueden sustituir de forma permanente la ausencia de la norma»<sup>19</sup>.

En base a esto creemos que la futura ley orgánica sobre la materia debería contener también normas sobre cómo llevar a cabo estas actuaciones previas al internamiento, puesto que, como afirma la doctrina, actualmente «lo que regula el art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil no son los ingresos involuntarios, sino las garantías judiciales de los ingresos involuntarios, lo cual es sólo una parte del proceso»<sup>20</sup>. Frente a la opinión de aquellos que mantienen que esta regulación debería llevarse a la Ley de Autonomía del Paciente, dado que los ingresos se plantean como una medida sanitaria<sup>21</sup>, creemos más conveniente la creación de una normativa *ad hoc*, perfectamente identificable, bien estructurada, coherente y unitaria que, sin perjuicio de su carácter sustantivo y no procesal, sea capaz de colmar las lagunas que existen respecto de ciertas reglas procedimentales, pero sobre todo de zanjar los interrogantes que sigue suscitando hoy en día el propio supuesto de hecho del art. 763 y que dan lugar a posturas doctrinales y jurisprudenciales contradictorias sobre los *casos* en que procede su aplicación. Huelga mencionar que para conseguir una adecuada articulación del sistema son totalmente necesarias la colaboración y la coordinación de todos los sectores implicados<sup>22</sup>.

---

taria, n.º 3, 2010, pág. 176; ROIG SALAS, A., y otros, *op. cit.*, pág. 429; ÁLVAREZ ÁLVAREZ, H., «Las garantías judiciales de los internamientos involuntarios. Inconstitucionalidad del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento civil», en *Estudios de derecho civil en homenaje al profesor Joaquín José Rams Albesa*, M. Cuenca Casas / L. A. Anguita Villanueva / J. Ortega Doménech (coords.), Madrid, 2013, pág. 42.

<sup>19</sup> Así lo afirma el magistrado de la Audiencia Provincial de Alicante V. MAGRO SERVET, *op. cit.*, pág. 3.

<sup>20</sup> ROIG SALAS, A., y otros, *op. cit.*, pág. 429.

<sup>21</sup> Así lo consideran ROIG SALAS, A., y otros, *op. cit.*, *loc. cit.*, o ÁLVAREZ ÁLVAREZ, H., *op. cit.*, págs. 41-42.

<sup>22</sup> Como mantiene MAGRO SERVET, V., *op. cit.*, pág. 1, esta materia requiere tratamiento y atención multidisciplinar porque no debe afrontarse desde un área concreta, sino desde un punto de vista plural que permita a las distintas áreas implicadas realizar sus aportaciones para encontrar un punto de encuentro. Además, no es sólo un tema de normativa legal, sino, sobre todo, de recursos económicos y humanos.

## IV. ANÁLISIS PARTICULAR DE LOS INTERNAMIENTOS POR LA VÍA DE URGENCIA

### 1. *Presupuestos que justifican la medida*

El TC señala en el FD 4.º de la sentencia 141/2012 las condiciones que justifican los internamientos *urgentes*: a saber, la existencia de un trastorno psíquico, la concurrencia de una situación de urgencia, y la necesidad y proporcionalidad de la medida<sup>23</sup>.

#### 1.1. *Trastorno psíquico*

El art. 763.1.º LEC dispone actualmente que el internamiento que en él se prevé procede «por razón de un trastorno *psíquico*». En el asunto del que trae causa la sentencia 141/2012 concurre este presupuesto, ya que el afectado por la medida padecía un trastorno bipolar<sup>24</sup>. No obstante, existen otros supuestos cuyo encaje en dicho precepto es más problemático<sup>25</sup>.

Actualmente parece estar superada la polémica que suscitó la redacción originaria del art. 211 CC. A pesar de que el precepto no espe-

---

<sup>23</sup> Previamente, en el FD 3.º menciona las condiciones mínimas fijadas por el TEDH (sentencia de 24-10-1979, caso *Winterwerp contra Holanda* [TEDH 1979/4], y posteriores) que han de concurrir en los internamientos no voluntarios acordados directamente por la autoridad judicial: «a) haberse probado de manera convincente la enajenación mental del interesado, es decir, haberse demostrado ante la autoridad competente, por medio de un dictamen pericial médico objetivo, la existencia de una perturbación mental real; b) que ésta revista un carácter o amplitud que legitime el internamiento; y c) dado que los motivos que originariamente justificaron esta decisión pueden dejar de existir, es preciso averiguar si tal perturbación persiste y en consecuencia debe continuar el internamiento en interés de la seguridad de los demás ciudadanos, es decir, no puede prolongarse válidamente el internamiento cuando no subsista el trastorno mental que dio origen al mismo». Tales garantías son aplicables, con alguna salvedad que comentaremos, también a los internamientos urgentes. Y es que, salvo por lo que se refiere al momento de la intervención judicial, los trámites a seguir en ambos casos son idénticos (art. 763.3 y 4 LEC).

<sup>24</sup> Cuestión distinta es que la medida fuera necesaria y proporcionada, extremos que analizaremos en el siguiente apartado.

<sup>25</sup> Particular interés y polémica vienen suscitando en los últimos años los internamientos de personas mayores en residencias o centros similares. Sobre el tema puede verse, ampliamente, ZURITA MARTÍN, I., «El internamiento de personas mayores en centros geriátricos o residenciales», en *Responsabilidad derivada del internamiento de personas mayores dependientes en centros residenciales*, I. Zurita Martín (coord.), 2008, págs. 19 y ss.

cificaba expresamente la causa del internamiento, se sostuvo en aquel momento que la referencia al *presunto incapaz* obligaba a acudir a las causas de incapacitación del art. 200 CC<sup>26</sup>. Por tanto, además de concurrir la enfermedad o deficiencia en la persona —que podía atender tanto a razones de orden *psíquico* cuanto *físico*—, ésta debía tener visos de *permanencia* en el tiempo y provocar que la persona *no pudiera regir su persona y sus bienes por sí sola*, para que pudiera ser sometida a internamiento involuntario. Por el contrario, aquellas personas que padecieran una enfermedad mental con episodios de perturbación intensa pero no persistente no podían ser sujetos de internamiento; es más, puesto que sólo se hacía referencia al *presunto incapaz*, se llegó al convencimiento de que las personas ya incapacitadas por sentencia judicial quedaban excluidas del ámbito de aplicación del precepto<sup>27</sup>.

Así las cosas, la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, sustituyó los términos «presunto incapaz» del art. 211.1.º CC por la expresión «internamiento por razón de *trastorno psíquico*, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí», expresión que es la que actualmente recoge también el art. 763.1.º LEC<sup>28</sup>. Por lo que ahora nos interesa, esta modificación dio lugar a las siguientes consideraciones: en primer lugar, respecto al tipo de trastorno, que sólo era el motivado por razones *psíquicas* y no físicas el que podía dar lugar a la aplicación del precepto; en segundo lugar, que no era necesario que el trastorno tuviera carácter permanente, quedando también sujetas a lo dispuesto en el precepto las situaciones *transitorias* de alteración psíquica que requirían internamiento para tratamiento; por último, que no todo trastorno psíquico podía dar lugar al internamiento involuntario de la persona, sino sólo aquellos que *impedían que pudiera decidir por sí misma* acerca de la conveniencia y oportunidad del mismo.

<sup>26</sup> A esta conclusión llevaba la exégesis literal del precepto, como expone EGUSQUIZA BALMASEDA, M. A., «El internamiento involuntario de los enfermos mentales: Consideraciones a propósito de la STC de 1 de julio de 1999 (RTC 1999, 129)», *Rep. Aranzadi del Tribunal Constitucional*, vol. III, parte Estudio, consultado en <http://westlaw.es>, BIB 1999\1435, pág. 3.

<sup>27</sup> Éste fue el criterio adoptado por la Fiscalía General del Estado (FGE) en su Circular 2/1984, pág. 343, y en la Consulta 2/1993, de 15 de octubre, págs. 953 y 954, y por parte de nuestra doctrina (vid., por todos, RAMOS CHAPARRO, E., «El internamiento de incapaces presuntos», *RGLJ*, n.º 3, 1988, págs. 509-514, o CUTILLAS TORNOS, J. M., «Consideraciones sobre el internamiento de presuntos incapaces», *Diario La Ley*, 1988, pág. 875, tomo I, La Ley 16415/2001). En sentido contrario se posicionaban, entre otros, ROCA GUILLAMÓN, J., *op. cit.*, págs. 660-661, en base a la STS de 10-2-1986, o BERCOVITZ RODRÍGUEZ-CANO, R., «La protección jurídica...», *cit.*, pág. 958.

<sup>28</sup> Además, la nueva redacción del art. 211 CC dispuso las dudas acerca de si el internamiento de menores de edad quedaba incluido en su ámbito de aplicación.

Partiendo de las consideraciones anteriores expondremos a continuación nuestras opiniones particulares acerca del *supuesto de hecho* del art. 763 LEC, cuestión clave y a su vez más controvertida respecto a la materia que ahora tratamos.

La primera conclusión que puede extraerse es que, a pesar de que la causa del internamiento no sea una de las establecidas en el art. 200 CC, el sujeto puede ser internado en contra de su voluntad *ex art. 763 LEC*. Lo que a su vez permite inferir que *internamiento e incapacitación* son situaciones distintas, independientes o autónomas, que no se exigen mutuamente pero que tampoco se excluyen<sup>29</sup>. Por tanto, si bien pueden producirse ambas situaciones respecto de una misma persona, la declaración de incapacidad no implica necesariamente que la persona deba ser internada, y el internamiento puede realizarse con independencia de que haya sido o no incapacitada judicialmente y sin que deba conllevar necesariamente la incapacitación posterior<sup>30</sup>. Es por ello que esta medida puede adoptarse tanto *antes* del procedimiento de incapacitación, como *durante* el mismo, como en la *propia sentencia* de incapacitación, como *al margen* totalmente de dicho proceso<sup>31</sup>.

<sup>29</sup> Para LÓPEZ EBRI, «es imposible obviar la realidad estadística e incontestada de que las dos terceras partes de las personas ingresadas con auto de internamiento en Residencias, Centros o Pisos Tutelados no están incapacitadas, y lo que es más, finalizan sus días ingresadas y sin incapacitar, con las posibles consecuencias discriminatorias que de ello se pueden derivar». Vid. «El internamiento no voluntario desde la perspectiva del Ministerio Fiscal», en *III Jornadas sobre Protección Jurídica en la Incapacidad: Logroño, 7-8 mayo 2009*, Fundación Tutelar de La Rioja, Logroño, 2009, pág. 152.

<sup>30</sup> No obstante, advierte LÓPEZ EBRI, G., *op. cit.*, pág. 132, que «el procedimiento de internamiento puede ser, y de hecho casi siempre lo es, la fuente de suministro de la *notitia* y de los datos que provocan la posterior demanda de incapacitación».

<sup>31</sup> Así lo admiten con carácter general la doctrina y la jurisprudencia. Vid., entre otros, CAZORLA GONZÁLEZ-SERRANO, C., «Internamiento involuntario por razón de trastorno psíquico», en *Hacia una visión global de los mecanismos jurídico-privados de protección en materia de discapacidad*, S. de Salas Murillo (coord.), Zaragoza, 2010, págs. 505-506; BUSTOS VALDIVIA, I., «Consideraciones sobre el internamiento por razón de trastorno psíquico a partir de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor de 15 de mayo de 1996», *AC*, Sección Crónica, 2000, Ref. LIV, pág. 1289, tomo 4, consultado en <http://laley.es>, La Ley 1716/2001, págs. 10-11; GETE ALONSO Y CALERA, M. C. (coord.), *La protección civil de personas sometidas a manipulación mental*, Valencia, 2003, pág. 346, o LÓPEZ EBRI, G., *op. cit.*, pág. 130. El voto particular de la STC de 1-7-1999 (RTC 1999/129) afirmaba que «[el] internamiento que el Juez cuestiona, el involuntario o forzoso, es una medida autónoma, que se desarrolla fuera del ámbito del juicio de menor cuantía dirigido a la declaración judicial de que una persona es incapaz y necesita mecanismos de tutela [...]». Y en la sentencia que ahora nos interesa (141/2012) se deja entrever esta cuestión cuando señala que el concepto de trastorno psíquico que justifica el internamiento *ex art. 763 LEC* puede ser *transitorio o permanente* (FD 4.º). También, vid. la STS de 10-2-1986 (RJ 1986/520).

En segundo lugar, habría que aclarar el significado y alcance del concepto de *trastorno psíquico* partiendo, como afirma el TC, de que el mismo *remite a los conocimientos propios de la ciencia médica en línea con lo dispuesto en instrumentos internacionales*<sup>32</sup>. Siendo esto así, creemos que debe optarse por una interpretación amplia y comprensiva de todas las alteraciones psicológicas de índole mental, tanto si pueden calificarse estrictamente de enfermedades mentales como si se trata de trastornos derivados de causas externas como el alcoholismo o la toxicomanía<sup>33</sup>; además, bajo este concepto también deben incluirse las deficiencias psíquicas o intelectuales<sup>34</sup>.

<sup>32</sup> STC de 2-7-2012 (RTC 2012/141) —FD 4.º—. En sentido similar se pronuncia el *Code of Practice* inglés de 2008, en su capítulo 3.2 (en adelante, Código Práctico), al disponer que deben ser los profesionales del sector los que determinen si un paciente tiene un trastorno o discapacidad mental *de acuerdo a las buenas prácticas médicas y a los estándares comúnmente aceptados acerca de tales conceptos*.

<sup>33</sup> En este sentido, afirma GETE ALONSO Y CALERA, M. C. (coord.), *op. cit.*, pág. 341, que el trastorno no se ciñe necesariamente a la enfermedad. Entre las resoluciones judiciales más recientes que adoptan este concepto amplio, por ejemplo, el Auto de la AP Almería de 10-10-2012 (JUR 2013/135332). Fuera de nuestras fronteras, la *Mental Health Act* inglesa de 2007 (MHA), sección 1 (2), también mantiene un concepto amplio al disponer que por «desorden mental» (*mental disorder*) ha de entenderse *cualquier trastorno o discapacidad de la mente*, suprimiendo la clasificación más restrictiva que contenía la MHA 1983.

<sup>34</sup> En apoyo a esta opinión podemos alegar que los dos sistemas clasificatorios de las psicopatologías más importantes, a saber, la *CIE-10* de la Organización Mundial de la Salud y el *DSM-IV-TR* de la Asociación Psiquiátrica Americana, incluyen tanto los trastornos relacionados con sustancias como los retrasos mentales en sus distintos grados entre los trastornos mentales. En el Derecho comparado, la MHA 2007 dispone en su sección primera que *no se considerará que una persona con deficiencia o retraso mental sufre un desorden mental a los efectos del internamiento para tratamiento* (subsección 2A). No obstante, el Código Práctico aclara que las deficiencias intelectuales sí se incluyen en el concepto legal de desorden mental (caps. 3.13-3.17). Cuestión distinta es que aquel que padece una deficiencia mental pero no sufre ningún otro trastorno psíquico no pueda ser sujeto del internamiento para tratamiento *a menos que la deficiencia esté asociada a una «conducta anormalmente agresiva o seriamente irresponsable»*. Según STAUCH, M. / WHEAT, K. / TINGLE, J., *Text, Cases and Materials on Medical Law and Ethics*, Londres, 2012, pág. 427, esta expresión debe interpretarse en relación con la existencia de un riesgo significativo para la persona o para terceros. Y, como explica SANTOS MORÓN, M. J., *El supuesto de hecho del internamiento involuntario en el artículo 763 LEC 1/2000*, Valencia, 2002, pág. 38, lo que se pretende evitar al establecer esta condición es que la sección tercera se emplee para obtener el internamiento prolongado de cualquier deficiente mental. Algo similar ocurre con los casos de alcoholismo y drogodependencia, los cuales, como dispone la subsección 3 de la MHA, no se considerarán trastornos mentales. Sin embargo, según explica el Código Práctico (caps. 3.8-3.12), lo que quiere decir el legislador inglés es que ninguna de estas situaciones puede justificar por sí sola el internamiento de la persona o el uso de medidas coercitivas. Ahora bien, éstas pueden venir acompañadas o estar asociadas con desórdenes mentales que caerían dentro del ámbito de aplicación de la ley. Por tanto, los trastornos mentales relacionados con el alcohol o las drogas —por ejemplo, estado de abstinencia con delirio o trastorno psicótico asociado, la intoxicación aguda y trastornos mentales orgánicos asociados con el abuso prolongado de tales sustancias— se consideran *desórdenes mentales* en el sentido de la ley.



Ahora bien, ¿el internamiento motivado por enfermedades o deficiencias de carácter meramente *físico* daría lugar a la aplicación del art. 763 LEC? A nuestro modo de ver, para determinar los casos que precisan intervención judicial, no es tan relevante atender al tipo de enfermedad o trastorno padecido como a la consecuencia que el mismo genera, esto es, *que la persona no pueda decidir por sí misma*. Si una enfermedad física provoca alteraciones de tipo emocional, cognitivo y/o de comportamiento, afectando a procesos psicológicos básicos como la percepción, la cognición, la conducta o la conciencia, también habría un trastorno psíquico susceptible de generar un internamiento involuntario *ex art. 763 LEC*<sup>35</sup>. En conclusión, lo relevante es que el trastorno conlleve la imposibilidad de que la persona reconozca su propia enfermedad o de que reconozca la necesidad de adoptar las medidas terapéuticas adecuadas en su beneficio<sup>36</sup>. Y ello con independencia del tipo de trastorno psíquico padecido, de su origen psíquico o somático, de su carácter persistente o transitorio, y de que anule o no por completo la capacidad de autogobierno de la persona, entendiéndose que sería suficiente con que la persona no pudiera tomar la decisión del internamiento de forma libre y autónoma para que procediera el control judicial de la medida<sup>37</sup>.

<sup>35</sup> En este sentido opina también BUSTOS VALDIVIA, I., *op. cit.*, pág. 11, para quien «lógicamente una enfermedad que conlleve una alteración de la voluntad siempre va a ser psíquica, independientemente de la causa que la ha originado que puede ser también una causa física». Como apunta la autora, sería el caso, por ejemplo, de las personas seniles, cuya enfermedad tiene un origen físico pero que afecta a su entendimiento y voluntad, entrando de lleno en el ámbito de aplicación del precepto. En esta misma línea puede verse el reciente Auto de la AP La Coruña de 2-2-2012 (JUR 2012/124471). El Código Práctico inglés también incluye bajo el concepto de *desorden mental* los trastornos mentales orgánicos como la demencia y el delirio.

<sup>36</sup> En este sentido, la STS de 20-5-1994 (RJ 1994/3723) y la jurisprudencia menor más reciente (por ej., Autos de la AP Sevilla de 28-11-2012 —JUR 2013/152793— o de la AP Castellón de 28-12-2012 —JUR 2012/75459—). Ésta es la opinión que mayoritariamente viene sosteniendo también la doctrina; entre otros, VEGA VEGA, C. / BAÑÓN GONZÁLEZ, R. M. / FAJARDO AUGUSTÍN, A., *op. cit.*, págs. 179-180; BUSTOS VALDIVIA, I., *op. cit.*, pág. 14; ROMERO COLOMA, A. M., «Los internamientos forzados o no voluntarios: evolución legislativa y problemática actual», *Diario La Ley*, n.º 8241, Sección Doctrina, 31 enero 2014, Año XXXV, Ref. D-36, La Ley 282/2014, pág. 13, o LASARTE ÁLVAREZ, C., «El internamiento en centros psiquiátricos y residenciales: un supuesto más de políticos y legisladores desatentos (Notas con ocasión de la STC 141/2012, de 2 de julio)», *Diario La Ley*, n.º 7968, Sección Tribuna, consultado en <http://laley.es>, La Ley 17955/2012, pág. 3. En sentido contrario parece opinar LETE DEL RÍO, J. M., *op. cit.*, que en su nota al pie 12 matiza que «había que considerar exonerado de la exigencia de autorización judicial el internamiento por enfermedad somática, aunque la persona no pudiera prestar consentimiento [...]».

<sup>37</sup> Como puntualiza GETE ALONSO Y CALERA, M. C. (coord.), *op. cit.*, pág. 348, la *falta de autogobierno* no es equiparable a la *falta de capacidad para decidir por sí mis-*

En apoyo de esta interpretación extensiva se puede traer también a colación el art. 212.4 del CC catalán, que, a diferencia del derogado art. 255 del Código de Familia, en el que sólo se mencionaba como causa del internamiento el «trastorno psíquico», ha ampliado el ámbito de aplicación subjetivo de la medida añadiendo las *enfermedades que puedan afectar a la capacidad cognitiva del sujeto*. Por tanto, será necesaria la autorización o ratificación judicial también cuando la persona sufra cualquier enfermedad (física o psíquica) que afecte a su cognición de forma que «su situación no le permit[a] decidir por sí misma»<sup>38</sup>. Y esta postura es la mantenida también en las resoluciones más recientes de las Audiencias Provinciales<sup>39</sup>.

En tercer lugar, el siguiente problema con el que nos encontramos es el de cómo saber si la persona goza de capacidad bastante para consentir el ingreso. La opinión generalizada sostiene que la valoración del estado del enfermo la deben realizar los médicos evaluando cuatro funciones: habilidad para comunicar una elección, comprensión de la información relevante, apreciación de la situación y sus consecuencias, y manipulación racional de la información<sup>40</sup>. Si de la peritación médica se concluye la falta de competencia del enfermo para decidir por sí mismo, procederá solicitar la autorización judicial para proceder al internamiento.

En cuarto lugar, por lo que se refiere a la finalidad del internamiento y a pesar de que el precepto no deja claro cuál debería ser, la doctrina tradicionalmente ha venido entendiendo que el internamiento previsto en el art. 763 LEC (y en el anterior art. 211 CC) debía perseguir una *finalidad terapéutica*, esto es, ir dirigido a aplicar trata-

---

mo. La diferencia entre ambas estriba, según su opinión, en el «menor ámbito de ésta». Así, «la *falta de autogobierno* comporta que la persona no puede regirse en su vida personal y de relación con los demás en la esfera personal y económica de manera que necesita que se establezcan órganos de guarda. En contraste a esto la *imposibilidad de decidir* atiende al dato concreto que concurre en un momento y no tiene por qué tener ni la duración ni la intensidad de la falta de autonomía» (la cursiva es nuestra).

<sup>38</sup> Se zanja así en esta Comunidad Autónoma (y en sentido afirmativo) la polémica existente en sus Audiencias Provinciales acerca de si el internamiento de personas mayores con enfermedades que provocan el deterioro de sus capacidades funcionales y cognitivas precisa intervención judicial.

<sup>39</sup> Así, el Auto de la AP La Coruña de 2-2-2012 (JUR 2012/124471) sostiene que «los trastornos psíquicos a los que se refiere esta norma pueden venir originados, no sólo por una enfermedad de carácter psiquiátrico, sino también por una patología degenerativa o incluso de un trastorno físico que tenga consecuencias psíquicas».

<sup>40</sup> PORTERO LAZCANO, G., «El Médico forense en los procesos de incapacitación e internamientos forzosos», en *Jornadas sobre Protección Jurídica en la Incapacidad: II Jornadas celebradas en Logroño los días 26 y 27 de abril de 2007*, Fundación Tutelar de La Rioja, Logroño, 2007, pág. 73.

miento médico para el trastorno mental padecido<sup>41</sup>. No obstante, esto no es óbice para estimar que dicha finalidad no tiene por qué ser exclusiva. Como con buen criterio ha mantenido un amplio sector doctrinal y jurisprudencial, el enfermo podrá requerir, además del tratamiento médico, una atención asistencial o educativa tendente a su rehabilitación, recuperación e integración; y tan legítima es una finalidad como la otra<sup>42</sup>. Lo importante es que las medidas terapéuticas, asistenciales o educativas que se le apliquen tiendan a conseguir su bienestar.

Sobre esta cuestión es preciso aclarar también si el internamiento estaría justificado tanto para evitar daños a la vida e integridad física

---

<sup>41</sup> Para SANTOS MORÓN, M. J., *op. cit.*, pág. 65, del apartado segundo del precepto que exige el ingreso de los menores en «establecimiento de salud mental adecuado a su edad», y de las alusiones realizadas en su apartado cuarto a «los facultativos que atienden a la persona afectada», se desprende que el internamiento terapéutico es la hipótesis en que estaba pensando el legislador. En esta línea también, COBREROS MENDAZONA, E., *Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud (Estudio sistemático de los ordenamientos italiano y español)*, Bilbao, 1988, pág. 385. Sostienen la finalidad terapéutica del internamiento, entre otros muchos, RIVES SEVA, J. M., *Los distintos procedimientos de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Estudio sistemático*, Madrid, 2010, pág. 308; CAZORLA GONZÁLEZ-SERRANO, C., *op. cit.*, pág. 501; LOZANO BLANCO, J., *op. cit.*, pág. 1425, o CHIMENO CANO, M., *Incapacitación, tutela e internamiento del enfermo mental*, Navarra, 2003, pág. 211. Esta finalidad o propósito terapéutico también es considerado como uno de los cinco criterios que deben concurrir para proceder al internamiento involuntario según el Comité de Ministros del Consejo de Europa, que así lo establece en el art. 17 de su Recomendación (2004) 10. En muchos Estados miembros, entre ellos Reino Unido, Francia, Grecia o Portugal, también se exige para internar involuntariamente a una persona que, además del trastorno psíquico y de la existencia de riesgo para el propio enfermo o para terceros, concorra la necesidad del tratamiento. Vid. *Informe FRA 2012*, cit., pág. 31. Y, según señala la Agencia, las legislaciones que no prevén este criterio expresamente sí lo hacen de forma implícita.

<sup>42</sup> Así, entre otros, SANTOS MORÓN, M. J., *op. cit.*, págs. 59-60; CHIMENO CANO, M., *op. cit.*, pág. 232, LÓPEZ EBRI, G., *op. cit.*, pág. 129; FÁBREGA RUIZ, C., *Protección jurídica de la tercera edad*, Madrid, 2000, págs. 126-127, o LETE DEL RÍO, J. M., *op. cit.*, págs. 5-6. En contra de que el art. 211 se aplicara a los internamientos asistenciales, COBREROS MENDAZONA, E., *op. cit.*, pág. 386, y doctrina citada por SANTOS MORÓN en nota 131. En jurisprudencia, el Auto de la AP La Rioja de 17-3-1998 (AC 1998/4158) ya señaló con claridad que «[...] el internamiento del presunto incapaz es una medida terapéutica y asistencial, actuando el juez como garante de los derechos y libertades de las personas, además de desarrollar una función cautelar». Y actualmente la opinión mayoritaria en sede de Audiencias Provinciales es la de considerar que, con independencia de la finalidad perseguida, el internamiento involuntario da lugar a la aplicación del art. 763 LEC. Por todos, los Autos de la AP Sevilla de 28-11-2012 (JUR 2013/152793), Almería de 10-10-2012 (JUR 2013/135332) o La Coruña de 2-2-2012 (JUR 2012/124471). Y similares consideraciones podrían aplicarse a los internamientos no voluntarios de deficientes mentales en centros de educación especial y en régimen cerrado. No obstante, en muchos casos éstos podrían cumplir una finalidad terapéutica, además de educativa, en la medida en que el tratamiento serviría para potenciar sus facultades mentales y conseguir su rehabilitación e integración en la sociedad.

del enfermo como para prevenir posibles daños a terceros<sup>43</sup>. En nuestro ordenamiento, la opinión doctrinal mayoritaria considera que el internamiento, en cuanto medida preventiva de daños a terceros, sólo es justificable en el supuesto de que el tratamiento pueda llegar a ser beneficioso para el paciente<sup>44</sup>. Es decir, no es legítimo internar a una persona con la exclusiva finalidad de proteger a la comunidad y en base a su peligrosidad<sup>45</sup>. Si así fuera, se convertiría en una medida arbitraria

<sup>43</sup> Como pone de manifiesto el *Informe 2012*, pág. 31, salvo en España y en Italia, en el resto de Estados miembros se requiere que exista un riesgo significativo de que sufran daños *la persona o los terceros* para justificar el internamiento involuntario. Sobre el nivel de riesgo exigido, el *Informe 2002*, pág. 23, reflejaba que, a pesar de que los umbrales definidos en las legislaciones nacionales son vagos, se exige que el peligro para la salud o la seguridad de la persona en cuestión o de los terceros sea «grave», «inmediato», «significativo» o «sustancial». De «probabilidad alta» habla el *Informe 2012*, pág. 332, poniendo de manifiesto que sólo unos pocos Estados optan por especificar situaciones concretas de peligro.

<sup>44</sup> Ésta es la postura mayoritaria defendida por nuestra doctrina. Vid., entre otros, CHIMENO CANO, M., *op. cit.*, págs. 210-211 y 232; ROMERO COLOMA, A. M., *op. cit.*, pág. 12, o GETE ALONSO Y CALERA, M. C. (coord.), *op. cit.*, pág. 319. Este doble objetivo, individual y social, del internamiento también se desprende de la Recomendación (2004) 10 del Consejo de Ministros del Consejo de Europa, cuando dispone que para proceder al internamiento involuntario han de concurrir *todos* los criterios fijados en el art. 17.1, señalando entre ellos tanto el *riesgo de daños a terceros* como la *finalidad terapéutica* de la medida. Nuestro TC considera que el alcance terapéutico y de protección de la persona afectada por el trastorno psíquico «indirectamente supone un beneficio para la sociedad en su conjunto»; vid. STC de 2-12-2010 (RTC 2012/132). En el Derecho inglés, la modificación operada por la MHA 2007 introduce un nuevo criterio para justificar el internamiento de la sección 3, a saber, que exista un tratamiento apropiado disponible para el paciente. Según señalan BARTLETT, P. / SANDLAND, R., *Mental Health Law. Policy and Practice*, Oxford, 2014, pág. 254, esta modificación es potencialmente significativa puesto que mientras que el mantenimiento del *criterio del riesgo de daños propios o a terceros* implica que la función de control social de los hospitales psiquiátricos seguirá existiendo, el requisito de que *sea posible y necesario aplicar un tratamiento adecuado al paciente* implica que tales centros no deben ser considerados como instituciones carcelarias.

<sup>45</sup> En algunos ordenamientos extranjeros sí se prevé expresamente el internamiento de las personas que, a consecuencia de su trastorno mental, comprometen la seguridad de los terceros o suponen una amenaza para el orden público. Así, en Francia (arts. L3213-1 y 2 CSP) o en Alemania (internamiento público regido por la normativa particular de los distintos Länder). En el primer caso, a través de la anteriormente denominada *hospitalisation d'office*, expresión sustituida actualmente por la de *admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État*, se permite el internamiento de la persona con el fin de evitar un peligro ajeno. Ahora bien, en contra de lo que podría parecer, este tipo de internamiento no se configura como una medida de protección social, sino que, por lo menos en uno de los casos previstos, la medida debe estar justificada por razones médicas. Así se desprende del tenor literal del art. L3213-1 y ésta era la postura mantenida también por la doctrina con respecto a la regulación anterior (normativa que se ha mantenido sin cambios por lo que se refiere a los criterios de admisión por esta vía). Por todos, LOISEAU, *L'hospitalisation psychiatrique, Loi du 27 juin 1990*, París, 1991, págs. 46-47. Pero, a diferencia del precepto citado, que, junto al criterio del peligro para

y predelictual contraria a los postulados de nuestro ordenamiento en virtud del art. 25 CE. Por tanto, la protección del enfermo debe configurarse como la única razón justificativa de la medida en tanto en cuanto con ella se limitan derechos fundamentales de la persona<sup>46</sup>. Y ello sin perjuicio de que deba también valorarse la posibilidad de que la persona desarrolle un comportamiento agresivo que pueda ocasionar daños a terceros, si bien esta valoración debe hacerse para obtener un dato más a tener en cuenta para autorizar el internamiento, pero no como único motivo del mismo.

Por otro lado, el hecho de que el internamiento tenga fundamentalmente una finalidad terapéutica (para tratar en concreto el trastorno *psíquico*) ha llevado a la doctrina a preguntarse si también procede la aplicación del art. 763 LEC cuando la persona deba ser ingresada para *tratamiento de una dolencia física*. Nuestra doctrina mayoritaria mantiene una opinión negativa al respecto, aunque con ciertas matizaciones<sup>47</sup>. Siguiendo esta postura, creemos que el internamiento susceptible de autorización o ratificación judicial es aquel que se lleva a cabo tanto para tratar el propio trastorno mental que provoca la falta de capacidad para decidir como para paliar las consecuencias *físicas* que el mismo ocasiona al enfermo (por ejemplo, para tratar las secuelas físicas de una paciente anoréxica que se niega a alimentarse)<sup>48</sup>. Sin em-

---

la seguridad de las personas o del orden público, exige también *que la persona necesite tratamiento para su trastorno mental (les troubles mentaux nécessitent des soins)*, el art. L3213-2 (que regula un procedimiento especial para los casos de urgencia) no contiene referencia alguna a la finalidad terapéutica de este tipo de internamiento, limitándose a exigir, por un lado, que el comportamiento de la persona refleje que sufre problemas mentales y, por otro, que tal comportamiento suponga un *peligro inminente y manifiesto para la seguridad de los terceros*.

<sup>46</sup> Tampoco está justificado el internamiento de la persona, tal y como tiene declarado el TEDH, «*por el mero hecho de que sus ideas o su comportamiento se aparten de las normas que predominan en una determinada sociedad*» (STEDH de 24-10-1979 [1979/4], caso *Winterwerp contra Holanda*, párrafo 37). Esto debe ser así «[...] a menos que existan razones médicas adecuadas para creer que son los síntomas o manifestaciones de una discapacidad o trastorno psíquico», excepción esta última añadida con acierto en el Código Práctico inglés (cap. 3.6), que, por otro lado, dispone en su capítulo 3.7 que ni la homosexualidad ni la bisexualidad se pueden calificar de *trastorno mental* a los efectos de la Ley.

<sup>47</sup> Vid. SANTOS MORÓN, M. J., *op. cit.*, pág. 73.

<sup>48</sup> Ésta es la postura seguida también en el Derecho inglés. Según aclara el Código Práctico en su capítulo 23, apartado 4, desarrollando la sección 145 (4) de la MHA 1983, la expresión «tratamiento médico para el trastorno mental» incluye el tratamiento de problemas *físicos* sólo en la medida en que dicho tratamiento «*es parte de, o auxiliar al*» tratamiento del trastorno mental (por ejemplo, el tratamiento de heridas autoinfligidas a consecuencia de un trastorno mental). Fuera de estos casos, la Ley no regula el tratamiento médico de problemas de salud de carácter físico.

bargo, si la persona que no está en condiciones de decidir por sí misma a causa de su psicopatología necesita ser ingresada para el tratamiento de una *enfermedad física totalmente ajena al trastorno psíquico* (por ejemplo, una operación de apendicitis), no procederá aplicar el art. 763 LEC<sup>49</sup>. La razón principal es que mientras en el primer caso el tratamiento a imponer es el propio internamiento —sólo mediante la privación de libertad será posible la curación o el intento de curación del enfermo—, en el segundo la limitación de la libertad es sólo una consecuencia secundaria del tratamiento o la intervención médica —no se pretende privar de libertad a la persona como medio para conseguir un fin, sino que ésta no puede salir del centro como resultado del tratamiento o la intervención realizada—. Es más, en este segundo caso dicha limitación afectaría a cualquier paciente que tuviera que someterse al mismo tratamiento o intervención con independencia de su estado mental; sin embargo, el internamiento *ex art. 763 LEC* sólo podría afectar a aquellos que padecieran un trastorno psíquico que les impidiera decidir por sí mismos, y siempre y cuando fuese necesario y proporcionado al fin perseguido<sup>50</sup>. A lo que podría añadirse que en el segundo grupo de casos la persona no se encuentra en *régimen cerrado* —presupuesto que viene considerándose necesario para que entre en juego el art. 763 LEC<sup>51</sup>—, sino en una situación de libertad ambulatoria, es decir, podría salir del centro libremente si su estado *físico* se lo permitiera.

Por todo ello, creemos que los internamientos para tratamiento de enfermedad física ajena al trastorno psíquico no se incluyen en el ámbito del art. 763 LEC (no requiriendo por tanto intervención judicial), sino en el del art. 9.3 LAP, considerándose suficiente para llevar a cabo el ingreso que el consentimiento lo presten los representantes legales del afectado o, en su defecto, las personas vinculadas a él por razones

<sup>49</sup> En sentido contrario, COBREROS MENDAZONA, E., *op. cit.*, pág. 385, aunque refiriéndose al art. 211 CC en su redacción dada por la Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del Código Civil en materia de tutela. Ordenamientos como el alemán abarcan todo tipo de internamientos terapéuticos, tanto si van dirigidos a tratar la propia enfermedad mental como problemas de salud física.

<sup>50</sup> En similar sentido, SANTOS MORÓN, M. J., *op. cit.*, pág. 66.

<sup>51</sup> Vid. la Consulta 2/1993 de la FGE, pág. 954. En nuestros autores, por todos, GETE ALONSO Y CALERA, M. C. (coord.), *op. cit.*, págs. 322 y 363. Y entre los Autos judiciales más recientes, los de las AP Sevilla de 29-11-2012 (JUR 2013/149671), La Coruña de 2-2-2012 (JUR 2012/124471), Castellón de 28-12-2012 (JUR 2012/75459) o Alicante de 3-6-2014 (181/14). Este último, en línea con los anteriores, considera que «cuando se habla de internamiento, lo es con referencia a establecimientos en los que existen barreras, físicas o personales, que impidan su abandono voluntario y libre. De forma que no cabe hablar de internamiento si no se dan estas condiciones».



familiares o de hecho; e incluso en determinados casos se podría llevar a cabo sin consentimiento alguno<sup>52</sup>.

En quinto lugar, consideramos que el tipo de centro en el que se lleva a cabo el internamiento es irrelevante a efectos de aplicar o no el art. 763 LEC. Nos adherimos al parecer de aquellos que, haciendo una interpretación teleológica del precepto, e incluso también literal, consideran que la clase de establecimiento donde se interne a la persona no debe prevalecer para determinar el alcance del art. 763 LEC<sup>53</sup>. Si se tiene en cuenta que el precepto habla de «trastorno psíquico» debe entenderse que el internamiento podría llevarse a cabo en cualquier centro o institución dedicado al tratamiento, recuperación, rehabilitación o reinserción de quien sufre tales trastornos, puesto que aunque el centro no estuviese especializado en salud mental o clasificado como psiquiátrico, sería perfectamente posible que pudiera prestar la asistencia y el tratamiento psíquico que la persona necesita<sup>54</sup>. No puede llegarse

<sup>52</sup> Vid. art. 9, apartados 3 y 2, de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Matiza SANTOS MORÓN, M. J., *op. cit.*, pág. 67, que sólo en los casos en que fuese necesario emplear un procedimiento compulsorio para poder ingresar al enfermo o aplicar medidas coercitivas para garantizar la permanencia en el centro debería acudir al control judicial del art. 763 LEC.

<sup>53</sup> Vid. argumentos expuestos por AZNAR LÓPEZ, M., *Internamientos civiles y derechos fundamentales de los usuarios de centros sanitarios, sociales y sociosanitarios*, Granada, 2000, pág. 36. También partidarios de esta postura son LETE DEL RÍO, J. M., *op. cit.*, págs. 5-6; SANTOS MORÓN, M. J., *op. cit.*, pág. 57; GETE ALONSO Y CALERA, M. C. (coord.), *op. cit.*, págs. 344 y 363; CHIMENO CANO, M., *op. cit.*, págs. 231-232. También la Fiscalía (Consulta de 15-10-1993, pág. 954) y el Defensor del Pueblo (*Estudio de 1991, cit.*) optan por una interpretación amplia del precepto. Y véase en la jurisprudencia menor más reciente, por todos, el Auto de la AP Castellón de 28-12-2012 (JUR 2012/75459). En sentido contrario se posicionan aquellos que, en base a la mención a los centros «de salud mental» contenida en el art. 763.2.º LEC (y anteriormente en el art. 211.1.º CC), mantienen que el precepto sólo se aplica al internamiento en establecimientos psiquiátricos pero no en centros asistenciales ni de educación especializada. Entre otros, COBREROS MENDEZONA, E., *op. cit.*, pág. 386, y demás doctrina citada por SANTOS MORÓN en nota 131.

<sup>54</sup> Ejemplo de lo afirmado serían los geriátricos o residencias de la tercera edad. En esta línea se posiciona, entre otros muchos, el Auto de la AP Castellón de 28-12-2012 (JUR 2012/75459): «Debe advertirse que, desde una perspectiva más amplia, el propio legislador está admitiendo internamientos en centros diversos, no estrictamente psiquiátricos [...]», y destaca además el carácter mixto de los geriátricos: «son a la vez centros de internamiento asistencial que, en ocasiones, proporcionan asistencia clínica». También el Auto de la AP Alicante de 3-6-2014 (181/14) mantiene, en contra del criterio del JPI según el cual las residencias de la tercera edad no son concebidas ni están dotadas para llevar a cabo una efectiva privación de libertad del paciente, que si bien no todos los residentes se hallan privados de libertad de movimiento en estos centros, dicha libertad sí se encuentra limitada en los residentes que por su salud mental o estado cognitivo carecen de facultades para valerse por sí mismos fuera de los mismos. Y, en opinión de GETE ALONSO Y CALERA, M. C. (coord.), *op. cit.*, pág. 344, «aunque preferentemente son

a una interpretación distinta si se tiene en cuenta que el fundamento de la norma es impedir que se pueda disponer de la libertad individual de una persona que no puede decidir por sí misma, aun cuando resulte aconsejable por criterio médico<sup>55</sup>. Y, desde el punto de vista de la literalidad del precepto, no puede obviarse que ni antes ni ahora establece el tipo de centro donde se debe ingresar al enfermo *cuando éste es mayor de edad*, limitándose a mencionar los centros «de salud mental» al disponer que el internamiento de los menores de edad se realizará en un establecimiento de este tipo adecuado a su edad, mención que, a nuestro modo de ver, no justifica la interpretación restrictiva y que debería ser suprimida de cara a la futura regulación de la materia<sup>56</sup>.

Como conclusión final a todo lo manifestado sobre el supuesto de hecho del art. 763 LEC creemos que, con independencia de la finalidad del internamiento y del tipo de centro en que se lleve a cabo, lo decisivo para que sea necesaria la intervención judicial y el cumplimiento de las demás garantías procedimentales es que el afectado padezca un trastorno psíquico —provocado por causas físicas o psíquicas— y carezca de entendimiento y voluntad para prestar consentimiento válido a su ingreso en régimen cerrado<sup>57</sup>, debiendo por ello ser el juez el que supla esa ausencia de voluntad o voluntad en contrario y no siendo suficiente en estos casos el consentimiento de representantes legales, familiares o allegados del enfermo, como sí lo es para la aplicación de otros tratamientos menos restrictivos de derechos. Así se consigue una mayor protección de los derechos fundamentales de los enfermos,

---

*los hospitales dedicados al tratamiento de enfermedades mentales los tenidos en cuenta, no ha de erradicarse otro tipo de centros siempre que quede asegurado que el tratamiento a aplicar pueda llevarse a efecto».*

<sup>55</sup> El TEDH tiene declarado, respecto al art. 5.1 CEDH —precepto conforme al cual se debe interpretar nuestro art. 17 CE y, por ende, el art. 763 LEC—, que la finalidad y el objeto del mismo son «*garantizar que no se despoje a nadie arbitrariamente de su libertad*». Vid., por ejemplo, sentencias del caso *Winterwerp contra Holanda* (TEDH 1979/4), párrafo 37, o del caso *X contra Reino Unido* (TEDH 1981/5), párrafo 43.

<sup>56</sup> Más adecuada es, a nuestro juicio, la redacción del art. 212.4 CC catalán, que se limita a establecer, tal como hacía también su predecesor (art. 255 CF), que el internamiento se llevará a cabo en un «establecimiento adecuado», sin mencionar especialidades. Como señala GETE ALONSO Y CALERA, M. C. (coord.), *op. cit.*, pág. 344, el «centro adecuado» es aquel que tenga los medios necesarios para que se lleven a cabo los cuidados y el tratamiento correspondientes. También el TEDH, en su sentencia *Ashingdane contra Reino Unido* (TEDH 1985/7), párrafo 44, se refería «a un hospital, una clínica u otro establecimiento adecuado para el enfermo».

<sup>57</sup> Según señala el Auto de la AP Sevilla de 28-11-2012 (JUR 2013/152793), «*en definitiva, la necesidad de control judicial en garantía de la libertad de las personas opera cuando confluyen dos factores: internamiento en régimen cerrado que comporta privación de libertad deambulatoria, y ausencia de voluntad*».

en tanto en cuanto la intervención previa o posterior del juez garantiza que la privación de libertad se ajuste a Derecho. Además, si se tiene en cuenta que sólo contamos en nuestro ordenamiento con una norma que regule los internamientos involuntarios por razón de trastorno psíquico, esta interpretación se justifica por el hecho de que ha de darse cobertura a un amplio abanico de situaciones y no sólo a aquéllas que encajen exactamente en los términos literales del precepto. En este sentido se ha criticado que la deficiente regulación de esta medida obligue a aplicar el precepto a tres colectivos muy distintos: personas con trastorno mental grave, personas con enfermedades propias de la edad avanzada y personas con discapacidad intelectual<sup>58</sup>.

Como puede colegirse de todo lo que venimos manteniendo, nos posicionamos a favor de que el internamiento de personas afectadas por enfermedades propias de la edad avanzada que provocan el deterioro de sus capacidades funcionales y cognitivas deba llevarse a cabo a través del procedimiento del art. 763 LEC. Aun con excepciones, ésta parece ser la postura que hoy en día prevalece en los tribunales<sup>59</sup>.

## 1.2. Situación de urgencia

Según señala el TC en la sentencia que venimos mencionando (FD 4.º), para que el internamiento pueda calificarse de urgente se exige que se dé una *necesidad inmediata de la intervención médica para proteger a la persona*. Por tanto, lo que distingue a los internamientos

---

<sup>58</sup> Así, ROIG SALAS, A., y otros, *op. cit.*, pág. 429, consideran que «debería haber tres artículos 763 de la LEC para contemplar las particularidades de cada colectivo» y que «el hecho de que no sea así obliga a redactar tomando en cuenta las distintas hipótesis, lo cual recarga el texto y puede dar lugar a equívocos». Esto es lo que precisamente ocurre, a nuestro modo de ver, respecto al supuesto de hecho del art. 763 LEC. Para ZURITA MARTÍN, I., *op. cit.*, pág. 26, el art. 763 LEC hace un tratamiento genérico ignorando las particularidades de los ingresos en centros geriátricos.

<sup>59</sup> Dos son las posturas que tradicionalmente han venido manteniendo las Audiencias Provinciales respecto a esta cuestión: una a favor de exigir autorización judicial en estos internamientos y otra en contra. Son muy numerosas las resoluciones judiciales que tratan el tema y, en la actualidad, la postura predominante parece ser la de considerar aplicable el art. 763 LEC a los ingresos de ancianos en geriátricos o similares, por entender que estos casos también afectan a la libertad de la persona y en este sentido exigen intervención del juez, con independencia de que puedan ser indefinidos y de que su finalidad no sea terapéutica, sino simplemente asistencial. Entre otros muchos, los Autos de la AP Almería de 10-10-2012 (JUR 2013/135332), Madrid de 24-1-2012 (JUR 2012/106056) o Pontevedra de 6-10-2011 (JUR 2011/394612). Esta postura ya la defendía la Fiscalía General del Estado en relación con el art. 211 CC. Vid. Instrucción 3/1990, de 7 de mayo. En sentido contrario, por todos, el Auto de la AP Barcelona de 19-11-1996 (AC 1996/ 2151) y, recientemente, el Auto de la AP Cádiz de 18-12-2012 (JUR 2013/56229).

urgentes no es tanto el riesgo para la vida o integridad física de la persona o de terceros<sup>60</sup>, que debe concurrir siempre para que la medida se considere necesaria, sino que ese riesgo de sufrir daños sea *inminente* y, por ello, el ingreso inmediato sea indispensable. Es esta necesidad perentoria de protección la que legitima que se pueda prescindir de la autorización judicial previa<sup>61</sup>.

Estos dos extremos, la urgencia y la existencia del trastorno psíquico —junto con la necesidad y proporcionalidad de la medida, como a continuación expondremos—, deben valorarse por los médicos y en base a tal apreciación deben decidir si internar o no al afectado<sup>62</sup>. No

<sup>60</sup> Obsérvese que el TC omite en la sentencia 141/2012 la referencia al *peligro para los terceros* como criterio justificativo del internamiento, criterio que sí menciona en resoluciones como la de 1-7-1999 (RTC 1999/129). No obstante, como mencionamos con anterioridad, el internamiento también podría estar justificado por razones de protección social siempre y cuando dicho objetivo concuerdara con la finalidad terapéutica en beneficio del enfermo.

<sup>61</sup> Así lo establece el TEDH en la sentencia del caso *X contra Reino Unido* (TEDH 1981/5), párrafo 45. Entre nuestros autores afirma, por todos, ZURITA MARTÍN, I., *op. cit.*, pág. 53, «*que un ingreso será urgente cuando las circunstancias del caso aconsejen demorarlo quince o veinte días, que, según F. Santos Urbaneja, es la duración media del procedimiento judicial previo*». Y el Auto de la AP Cádiz de 18-12-2012 (JUR 2013/56229) considera que la urgencia se da cuando la persona está en una fase crítica dentro del proceso patológico de la enfermedad mental y precisa ser ingresada para evitar que se cause daños a sí misma o a terceros. En el Derecho inglés, el Código Práctico (cap. 5.4) dispone que la emergencia es auténtica cuando el perjuicio que la persona o los terceros podrían sufrir de no procederse a su evaluación urgente hace que sea conveniente no esperar a recibir un segundo certificado médico. Añaden BARTLETT, P. / SANDLAND, R., *op. cit.*, pág. 271, que el Código Práctico interpreta la «emergencia» como comprensiva también de los casos en que los cuidadores del enfermo son incapaces de hacerse cargo de la situación (vid. ap. 6 del cap. 5). Tanto la persona que solicite el internamiento urgente como el médico que emite el certificado en favor del mismo deberían acreditar que existe un riesgo inmediato y significativo de que el propio paciente o terceros sufran un daño físico o psíquico, de que existe serio peligro de daños a la propiedad o de la necesidad de proceder a la contención física de la persona. Además, tanto el Código Práctico (caps. 5.4 y 5.5) como la doctrina recalcan que el procedimiento urgente sólo debe ser empleado en casos de «auténtica emergencia» y nunca en casos de «conveniencia administrativa», lo que podría ocurrir cuando al segundo médico que debe justificar la medida le fuera más cómodo examinar a la persona en el hospital que fuera de él. Vid., por todos, STAUCH, M. / WHEAT, K. / TINGLE, J., *op. cit.*, pág. 433.

<sup>62</sup> Como señala ROCA GUILLAMÓN, J., *op. cit.*, pág. 662, es responsabilidad del *sistema sanitario* la apreciación de la urgencia sanitaria. Esta responsabilidad civil de la Administración no excluiría la personal, administrativa o incluso penal del facultativo. En el Derecho inglés, el médico debe acreditar que el retraso que comportaría seguir el procedimiento ordinario en lugar del urgente supondría un perjuicio bien para el paciente, bien para sus cuidadores o bien para otras personas. Vid., en este sentido, BARTLETT, P. / SANDLAND, R., *op. cit.*, págs. 270-271. Añade HALE, B., *op. cit.*, pág. 123, que el médico debe explicar cuánto tiempo se tardaría en obtener la segunda recomendación médica exigida en el ingreso ordinario y el daño que dicho lapso de tiempo podría generar al paciente o a terceros.

obstante, por lo que se refiere a la acreditación del trastorno psíquico, el TEDH declaró en su sentencia de 24 de octubre de 1979, caso *Winterwerp contra Holanda*, que *los casos de urgencia suponían una excepción al principio que prohíbe privar de su libertad al individuo afectado «sin haber probado su enajenación de manera convincente»*<sup>63</sup>. Y también parece suavizar este requisito el art. 17.2 de la Recomendación (2004) 10 del Consejo Ministros del Consejo de Europa cuando, al fijar las condiciones para llevar a cabo los internamientos urgentes para determinar si la persona padece o no un trastorno mental, sólo exige, por lo que ahora interesa y sin perjuicio de los demás requisitos fijados en el precepto, que el comportamiento de la persona «sugiera encarecidamente» que padece un problema mental<sup>64</sup>.

Ahora bien, creemos que esta cuestión debe matizarse. A nuestro modo de ver, no es que se pueda prescindir del informe médico que acredite de forma objetiva el trastorno, sino que, dadas las circunstancias en las que se produce este tipo de internamiento, dicho informe no podrá ser tan extenso como el que realiza el facultativo en los internamientos «ordinarios»<sup>65</sup>. Esta observación la introduce el TEDH en su sentencia de 5 de noviembre de 1981, caso *X contra Reino Unido* (párrafo 41), donde establece que «cuando uno de los fines de una disposición de derecho interno consiste en permitir el internamiento, por razones de urgencia, de personas que podrían presentar un peligro para otra, en la práctica no podría exigirse un informe médico profundo anterior a todo arresto o detención. Por la fuerza de las cosas, la autoridad nacional competente para ordenar tal internamiento debe gozar en la materia de un gran margen de apreciación». En función de lo afirmado, creemos que para admitir el ingreso bastaría con que, tras el reconocimiento del paciente, el médico estimara una alta probabilidad —no necesariamente una certeza— de que el trastorno existe e hiciera un diagnóstico provisional justificando la necesidad de la medida en función del estado o comportamiento presentados por el paciente. De aquí se desprende, a nuestro juicio, que lo que en realidad hay que demostrar en este mo-

<sup>63</sup> STEDH de 24-10-1979 (TEDH 1979/4), párrafo 39.

<sup>64</sup> El art. 17.2 (i) dispone que «his or her behaviour is *strongly suggestive* of such a disorder», a diferencia del primer apartado (i), que exige que «the person *has* a mental disorder».

<sup>65</sup> En los casos de urgencia psiquiátrica, la premura con que han de autorizarse los ingresos puede impedir que los facultativos cuenten con la historia clínica del paciente u otros informes que justifiquen su estado de salud mental. No obstante, como señala ROCA GUILLAMÓN, J., *op. cit.*, pág. 663, el informe del médico que decide el ingreso debe estar motivado, aunque sea sucinto.

mento no es tanto el exacto trastorno psíquico como la necesidad y proporcionalidad de la medida<sup>66</sup>.

Por último, señalar que mientras es bastante frecuente que se utilice el procedimiento de urgencia cuando se trata de enfermos mentales cuyo internamiento está motivado por su «peligrosidad», la situación de urgencia no parece darse cuando la finalidad del internamiento es meramente educativa, ni es muy frecuente cuando es asistencial<sup>67</sup>.

### 1.3. Necesidad y proporcionalidad de la medida

Con carácter general, y no sólo en los internamientos por la vía de urgencia, se exige que la medida satisfaga los requisitos de necesidad y proporcionalidad en cada caso concreto<sup>68</sup>. Ambos conceptos están interrelacionados, de forma que se entiende que el internamiento es necesario y proporcionado cuando *no existe una alternativa menos gravosa para conseguir la finalidad pretendida*, esto es, para mejorar la salud del enfermo o evitar su deterioro<sup>69</sup>. Por tanto, a pesar de que la

<sup>66</sup> En este sentido, considera la AP Valencia en su Auto de 22-2-2012 (JUR 2012/162980) que el carácter excepcional del internamiento no deriva de la situación mental de la persona (aunque es condicionante de su adopción) ni de que esté o no declarada incapaz, sino de su *necesariedad*, dado que el internamiento implica una pérdida de ciertos derechos y libertades del sujeto, su justificación se ofrece ineludible y, por ende, deben ponderarse profundamente las razones que lo aconsejan.

<sup>67</sup> SANTOS MORÓN, M. J., *op. cit.*, pág. 63, y AZNAR LÓPEZ, M., *op. cit.*, pág. 71.

<sup>68</sup> La jurisprudencia del TEDH exige que el trastorno psíquico *revista una amplitud o carácter tal que justifique el internamiento* (caso *Winterwerp*, párrafo 39). Desde el punto de vista médico se han establecido una serie de criterios orientativos para valorar cuándo está justificado el internamiento; entre ellos, que exista riesgo de autoagresividad, riesgo de heteroagresividad, etc. Vid. VEGA VEGA, C. / BAÑÓN GONZÁLEZ, R. M. / FAJARDO AUGUSTÍN, A., *op. cit.*, págs. 178 y 180.

<sup>69</sup> El principio de «menor restricción» ha sido confirmado recientemente por el TEDH en su sentencia de 17-1-2002, caso *Stanev contra Bulgaria* (JUR 2012/14338), párrafos 157-158. La Recomendación (2004) 10 del Comité de Ministros del Consejo de Europa también incluye el *principio de proporcionalidad* del internamiento entre sus postulados (arts. 8 y 10). Según señala el *Informe 2012*, pág. 33, en virtud de tal principio el internamiento involuntario debe ser inevitable, ya sea porque no es posible proporcionar los cuidados fuera del centro o porque no existen otras alternativas. También se pone de manifiesto que 18 de los 27 Estados miembros recogen este criterio en sus legislaciones, aunque algunos de ellos sólo en el contexto de los internamientos urgentes y otros sólo para la aplicación de tratamientos involuntarios. En Alemania, por ejemplo, tanto el Derecho privado como el público requieren un «test de proporcionalidad» y éste ha sido aplicado por los tribunales en todos los casos de internamientos involuntarios. En Inglaterra, señalan BARTLETT, P. / SANDLAND, R., *op. cit.*, pág. 252, que el internamiento debe ser la opción menos restrictiva disponible y que debe llevarse a cabo sólo después de haber descartado otras opciones menos gravosas para los derechos de la persona. Y matizan en pág. 253 que el mismo está justificado cuando la naturaleza y el grado del



persona padezca un trastorno psíquico que le prive de entendimiento y voluntad para decidir autónomamente, no procederá el internamiento si, a juicio de los facultativos, hubiera una medida *menos restrictiva* de derechos fundamentales, *adecuada y eficaz* para tratar la enfermedad. Esto nos lleva a sostener que el internamiento es en todo caso una *medida subsidiaria* que debe adoptarse sólo a falta de tratamiento ambulatorio disponible e idóneo<sup>70</sup>.

Por otro lado, la necesidad debe ser *actual*, es decir, debe existir en el momento en que se pretende internar a la persona, ni antes ni después. Así parece entenderlo el TC cuando establece que «*si bien el responsable del centro médico está facultado para tomar ab initio la decisión de internar a la persona, es evidente que esto se condiciona al hecho de que consten acreditadas en ese momento y tras su reconocimiento, la necesidad y proporcionalidad de la medida*»<sup>71</sup>. De donde se desprende también que cuando el internamiento es urgente debe ser ya en ese momento previo al ingreso cuando los facultativos valoren si el mismo es necesario y proporcionado, valoración que después habrá de ratificar el juez.

---

trastorno mental padecido por la persona conllevan que su tratamiento no pueda aplicarse a menos que se proceda al internamiento. En Francia, si el enfermo sólo requiere *supervisión médica regular* (no constante) no estará justificada la hospitalización completa, sino la adopción de otras medidas distintas (art. L3212-1.I.2.º CSP). Y con más claridad se pronuncia el legislador italiano, al disponer en el art. 34 de la Ley del Servicio Sanitario Nacional (LSSN) de 1978 que sólo se procederá al internamiento hospitalario si no se dan las condiciones y circunstancias que permitan adoptar medidas sanitarias extrahospitalarias idóneas.

<sup>70</sup> Sobre estos presupuestos puede verse con detalle SANTOS MORÓN, M. J., *op. cit.*, págs. 76-83. En pág. 79, esta autora añade que la proporcionalidad también implica que la enfermedad padecida *deba ser susceptible de tratamiento*, de forma que si no lo fuera la medida no cumpliría el requisito de proporcionalidad. En el Derecho inglés, el apartado d) de la Sección 3 (2) exige la *disponibilidad de un tratamiento adecuado* para la persona que sufre el trastorno mental. Como apuntan BARTLETT, P. / SANDLAND, R., *op. cit.*, pág. 254, mientras que la expresión «tratamiento médico apropiado» viene a significar, como indica el Código Práctico, que exista un tratamiento que permita aliviar o prevenir el empeoramiento del trastorno mental del paciente o de sus síntomas o manifestaciones, el término «disponible» añade algo más. Esto es, no sería suficiente con que existiera un tratamiento adecuado que *en teoría* pudiera ser aplicado, sino que la *disponibilidad* de dicho tratamiento debe ser real. Esto implica que no se considerará que hay tratamiento disponible si se incluye al paciente en largas listas de espera para su aplicación. No obstante, no se considera problemático el transcurso de unos pocos días para hacer las gestiones administrativas oportunas para su aplicación. Por otro lado, respecto al adjetivo «apropiado» los autores matizan que no ha de equipararse a «óptimo». Según el Código Práctico (cap. 6.4), basta con que el tratamiento tenga como *propósito* aliviar o prevenir el empeoramiento del trastorno mental del paciente o de sus síntomas o manifestaciones, debiéndose tener en cuenta que «propósito» no equivale a «probabilidad», y que el tratamiento puede ser apropiado incluso si no se puede demostrar de antemano que es probable que se logre el efecto deseado.

<sup>71</sup> STC de 2-7-2012 (RTC 2012/141) —FD 5.º—.

Es precisamente la ausencia de motivación sobre estos extremos una de las razones por las que el TC estima el amparo solicitado en la sentencia 141/2012. Ninguno de los informes médicos explicaba por qué el desorden mental del demandante de amparo presentaba un carácter o magnitud que aconsejara la medida y por qué no hubiera bastado con un tratamiento ambulatorio para tratar el referido trastorno —como, al parecer, ya venía sucediendo—<sup>72</sup>. Por ello, el TC considera que tales informes no permitían llegar al diagnóstico que describe el auto de internamiento y que fue indebida la asunción acrítica de los mismos por el Juzgado, «*quien ante ese vacío debió solicitar como mínimo aclaraciones o ampliación de su informe al médico forense, fuese para dar por ciertas aquellas notas de necesidad y proporcionalidad, fuese para no ratificar la medida caso de no obtener una opinión científica convincente. No habiéndolo hecho así, no cabe considerar, ni razonable ni dotada de la debida motivación reforzada, su decisión*»<sup>73</sup>.

Tampoco acreditan ni los informes médicos ni el acta de examen judicial<sup>74</sup> que el trastorno bipolar anulara las facultades cognitivas y volitivas del recurrente, ni aparece justificado que su estado de salud exigiera la intervención inmediata propia de una situación de urgencia. Esto nos lleva a considerar que ya desde el inicio, y no sólo entre el 7 y el 16 de mayo de 2007, como afirma el TC, la privación de libertad fue ilegal, puesto que ni siquiera consta acreditado que se diera el presupuesto habilitante de esta medida, esto es, que se tratase del internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona *que no estuviera en condiciones de decidir por sí*. A la vista de todo lo anterior, tan responsables de la lesión del derecho a la libertad fueron los facultativos, como el médico forense, como el juez que *a posteriori* ratificó la medida<sup>75</sup>.

<sup>72</sup> Como se relata en los antecedentes de hecho, el informe de un folio del hospital universitario donde se procedió al ingreso apenas reflejaba que el recurrente padecía trastorno bipolar y que era necesario un tratamiento con neurolépticos; y el informe del médico forense se limitaba a confirmar el diagnóstico de trastorno bipolar y, mediante una fórmula estereotipada previamente impresa, señalaba la conveniencia de continuar con el internamiento.

<sup>73</sup> FD 7.º, letra c). En el mismo sentido se pronunció el Ministerio Fiscal, según el cual, siendo esta fundamentación imprescindible, su ausencia determina la falta de motivación reforzada causante de la lesión del derecho fundamental a la libertad personal del art. 17.1 CE. Vid. Antecedente n.º 8.

<sup>74</sup> El acta no detalla ninguna conducta anómala del paciente durante la entrevista, escribiendo tan sólo: «*Hablador y comunicativo, relatando con detalle todos los [palabra ilegible] de su ingreso*».

<sup>75</sup> El art. 5.5 CEDH dispone que toda persona víctima de un internamiento en condiciones contrarias a lo dispuesto en dicho artículo tendrá derecho a una *reparación*. No obs-

## 2. Fases del procedimiento y garantías en cada una de ellas

Dos son las fases que pueden distinguirse cuando el internamiento se realiza con carácter urgente: una primera, a la que el TC se refiere como «fase *extrajudicial*», en la que, como puede fácilmente inferirse, sólo hay intervención médica pero no del juez, y una segunda, denominada propiamente «fase *judicial*», en la que participa el juez a los efectos de ratificar o no la medida. Ambas fases están rodeadas de una serie de garantías procedimentales que son expuestas con detalle por el TC, desarrollando los postulados del art. 763 LEC y supliendo alguna de sus lagunas.

### 2.1. Fase *extrajudicial* del internamiento urgente

El Tribunal considera que son cuatro las exigencias que, como mínimo, se han de respetar en este momento del procedimiento para que el derecho a la libertad personal del art. 17 CE no quede conculcado arbitrariamente: a) existencia de un informe médico que acredite el trastorno psíquico justificante del internamiento inmediato; b) información al afectado o su representante acerca del internamiento y sus causas; c) obligación del centro de comunicar al juez competente el internamiento y los motivos que lo justificaron en el plazo de veinticuatro horas; d) control posterior sobre el centro. Es en esta fase donde el TC desarrolla en mayor medida el procedimiento del art. 763 LEC, ya que, salvo por lo relativo a la obligación de comunicar el internamiento al juez, el resto de deberes —que, a excepción del último, recaen sobre el centro médico— no están expresamente mencionados en el artículo.

---

tante, el TEDH no ha afirmado que dicha reparación deba consistir siempre y necesariamente en el pago de una cantidad dineraria. Por tanto, la reparación podría adoptar otras formas. En todo caso, como explica Díez-PICAZO, L. M., *op. cit.*, pág. 278, la cuestión de si las detenciones ilegales han de ser indemnizadas queda enteramente sometida al Derecho nacional. En nuestro ordenamiento la única norma sobre responsabilidad por privación de libertad es el art. 294 LOPJ, y hace referencia a la indemnización de aquellos que han sufrido prisión provisional y luego son absueltos por inexistencia del hecho imputado. Puesto que no hay ninguna otra norma específica sobre la responsabilidad por privación de libertad, para saber cuándo las detenciones ilegales dan derecho a indemnización habrá que estar a las reglas generales reguladoras de la responsabilidad extracontractual del Estado. Y éstas varían en función del órgano a quien se considere responsable de la detención ilegal: arts. 106 CE y 145 LRJPAC para la Administración; arts. 121 CE y 292 y ss. LOPJ para los órganos judiciales; arts. 109 y ss. CP en caso de responsabilidad civil derivada del delito. Sobre el tipo de responsabilidad en cada caso, vid. pág. 279.

En primer lugar, es imprescindible la existencia de *un informe médico* que acredite varios extremos: el trastorno psíquico justificante del internamiento, la urgencia de éste, y su necesidad y proporcionalidad. La primera cuestión que se nos plantea es *quién* debe emitir ese informe. Un sector doctrinal mantiene que cuando ha sido el médico particular de la persona afectada quien ha decidido el internamiento ha de entenderse que *basta* con su informe para autorizarlo, sin perjuicio de la obligación del director del centro de ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial<sup>76</sup>. Sin embargo, a nuestro modo de ver, no sería suficiente porque, y sin perjuicio de que sea muy aconsejable contar con un diagnóstico previo que justifique la necesidad y oportunidad del internamiento, el TC es claro cuando exige que tales extremos deben quedar acreditados «*en ese momento*», esto es, en el momento en que se pretende internar a la persona y «*tras su reconocimiento*»<sup>77</sup>. Por tanto, obliga al médico responsable del ingreso a examinar a la persona con el fin de justificar que la necesidad del mismo es actual y que procede internarlo por la vía de urgencia. Es por ello que se podría denegar el ingreso si se considera que, o bien la necesidad ha desaparecido, o bien no es tan acuciante como para realizar el internamiento por esta vía, procediendo la ordinaria<sup>78</sup>. Además, no siempre la persona cuenta con un seguimiento previo de su enfermedad y el correspondiente informe, o incluso, contando con él, puede que el mismo se limite a acreditar el trastorno psíquico y un tratamiento ambulatorio, pero no la necesidad perentoria de internarla, ya que es probable que la misma haya devenido de forma repentina. A lo que debe añadirse que tal informe no es preceptivo, pues nada menciona sobre él el art. 763 LEC, y supeditar el ingreso a su existencia podría ser contraproducente para el enfermo.

En cuanto al *contenido* y la *forma* de ese informe médico, aunque la urgencia impide descender al detalle, el responsable del centro no

---

<sup>76</sup> GETE ALONSO Y CALERA, M. C. (coord.), *op. cit.*, pág. 328.

<sup>77</sup> Ha de tenerse en cuenta que, a diferencia de lo que ocurre en nuestro ordenamiento, en el que no existe previsión al respecto, en el Derecho comparado se establece normalmente un plazo de caducidad de los informes médicos justificativos del internamiento (normalmente de unos quince días). Previsión que tiene sentido puesto que el paso del tiempo podría hacer innecesaria la medida.

<sup>78</sup> En cualquier caso, como señalan RIVES SEVA, J. M., *op. cit.*, pág. 308, o CHIMENO CANO, M., *op. cit.*, pág. 255, esta negativa debería aparecer suficientemente justificada para evitar responsabilidades disciplinarias e incluso penales. Igualmente, este facultativo se cuidará de que no se produzca un ingreso ilícito por incumplimiento de los requisitos legales, especialmente por no tener el trastorno entidad suficiente o por carecer del carácter urgente que requiere la excepcionalidad de la medida. Precisamente estos extremos son los que el TC cuestiona en el caso resuelto por la sentencia 141/2012.

debe limitarse a comunicar la identidad y el día y hora del ingreso, sino que debe tratarse de una información lo más completa posible, indicando la «*persona, médico o autoridad que lo requirió, las razones que lo motivaron y la oportunidad del internamiento, diagnóstico provisional, tratamiento que se le ha suministrado, posible duración de la medida, etc.*»<sup>79</sup>. Dicha información debe plasmarse por escrito para su posterior control por la autoridad judicial<sup>80</sup>.

En segundo lugar, el afectado o su representante deben ser *informados* de una serie de extremos: primero, de que se va a proceder a su internamiento y de que el mismo es necesario y proporcionado; segundo, de las causas del mismo, ya que, como recuerda el TC, «*resulta evidente que nadie puede ser privado de libertad sin conocer los motivos que lo determinan, como proclama el art. 17.2 CE* —aunque debería decir art. 17.3— *para la detención*», equiparando así por primera vez en la sentencia 141/2012 las privaciones de libertad originadas por los internamientos involuntarios por razón de trastorno psíquico con las que conllevan las detenciones preventivas previstas en el art. 17.2 CE<sup>81</sup>. Nótese que el Tribunal sólo menciona que se ha de informar sobre las *razones* del internamiento, pero omite la referencia a los *derechos* de la persona a la que se priva de libertad. Como se verá, no es éste el momento en que el Tribunal considera que debe transmitirse dicha información.

La información anterior debe proporcionarse al afectado o a su representante. El Tribunal matiza que al afectado hay que informarle *hasta donde le sea comprensible*, lo que es acorde con lo dispuesto en los arts. 9.5 y 5.2 LAP. Sin embargo, teniendo en cuenta que el afectado por esta medida es una persona que por padecer un trastorno psíquico no está en condiciones de decidir por sí, es muy probable que su situación le impida ejercitar su derecho a estar informado en la medida en que no comprenderá la información proporcionada. Con el fin de garantizar en

<sup>79</sup> Extremos mencionados por LETE DEL RÍO, J. M., *op. cit.*, pág. 16. Para CHIMENO CANO, M., *op. cit.*, pág. 226, el informe debe contener los elementos esenciales que le llevaron a la apreciación de la urgencia, el diagnóstico y el tratamiento.

<sup>80</sup> El Defensor del Pueblo ya puso de manifiesto hace más de veinte años (*Estudio de 1991, cit.*) que las comunicaciones que los centros remitían a los juzgados informando sobre este tipo de ingresos eran *excesivamente escuetas*. Sin embargo, no dio directrices sobre los datos que las mismas debían contener.

<sup>81</sup> Esta previsión también la contiene en parecidos términos el art. 5.2 CEDH. La doctrina del TEDH aclara, tal como también ha hecho nuestro TC, que aunque esta norma se refiera sólo a las *detenciones preventivas* debe interpretarse en sentido amplio y entender que va más allá del ámbito de las medidas de naturaleza penal. Vid. STC de 21-2-1990, párrafo 27. En la STC de 2-7-2012 (RTC 2012/141), esta equiparación se lleva a cabo hasta en tres ocasiones —FD 5.º, letras b) y c); FD 6.º, último párrafo—.

mayor medida su derecho a la información, creemos que no debería bastar con informar al afectado, sino que debería informarse *también* a su representante o, en su defecto, a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, como establece con carácter general el art. 5.2 y 3 LAP<sup>82</sup>; por tanto, donde el TC emplea la conjunción disyuntiva «o» —FD 5.º, apartado b)— debería utilizar «y».

Por último, tampoco se concreta sobre quién pesa el deber de información, si sobre el responsable del centro médico o sobre el facultativo que atiende al afectado en el momento del ingreso, cuando se trata de personas distintas. En nuestra opinión, cualquiera de ellos quedaría obligado a informar al paciente y a las demás personas anteriormente mencionadas, aun a riesgo de posibles reiteraciones que en ningún caso serían perjudiciales.

En tercer lugar, el centro debe comunicar al juez competente el internamiento y los motivos que lo justificaron en el plazo de veinticuatro horas. Dicho deber recae, tal como dispone el art. 763.1.º, párrafo segundo, y señala también el Tribunal, sobre el responsable del centro (o «director», en palabras del Tribunal —FD 5.º—)<sup>83</sup>. El juez territorialmente competente para conocer del internamiento urgente y ratificar (o no) la medida es el del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento, y no el del lugar donde resida el afectado, como en los procedimientos ordinarios. Esta diferencia de fuero pretende evitar problemas cuando por razones de urgencia médica el internamiento se lleva a cabo en un centro ubicado en partido judicial distinto al del juzgado del lugar de residencia, ya que en esos casos este último juez no podría examinar o reconocer *por sí mismo* al afectado, tal como exige el art. 763.3.º LEC, debiendo acudir a fórmulas como el exhorto judicial, que no todos admiten<sup>84</sup>.

<sup>82</sup> El art. 212-1.4 CC catalán menciona, además, a la persona designada en el documento de voluntades anticipadas, al asistente legalmente designado y a la persona que tiene la guarda de hecho.

<sup>83</sup> No obstante, CHIMENO CANO, M., *op. cit.*, pág. 226, considera que este deber pesa sobre el médico que autorizó el ingreso. En contra, ORTELLS RAMOS, M. / CUCARELLA GALIANA, A., «Comentarios al art. 763 LEC», en *Proceso civil práctico*, tomo X, V. Gimeno Sendra (dir.), P. Morenilla Allard (coord.), Madrid, 2008, pág. 255, señalan que no corresponde al médico que redactó el parte de ingreso comunicar al tribunal el internamiento, sino al responsable del centro en que se ha practicado. Esta última postura es la más acorde con la letra de la Ley y la doctrina del TC.

<sup>84</sup> Según LÓPEZ EBRI, G., *op. cit.*, pág. 135, las actuaciones que debe llevar a cabo el juez en este procedimiento son indelegables y no susceptibles de ser practicadas a través del auxilio judicial. En el mismo sentido, CHIMENO CANO, M., *op. cit.*, pág. 224, y EGUSQUIZA BALMASEDA, M. A., *op. cit.*, nota 18. Según ORTELLS RAMOS, M. / CUCARELLA GALIANA, A., *op. cit.*, págs. 251-252, cuando se solicite la ratificación del mismo de-



A pesar de la aparente claridad del tema de la competencia judicial territorial en materia de internamientos, su determinación dista mucho de ser tratada de forma unitaria tanto por la doctrina como por la jurisprudencia<sup>85</sup>. Particulares problemas han planteado los casos en que el juez del lugar de residencia del afectado aprueba la petición de internamiento ordinario pero posteriormente éste se produce en centro ubicado en partido judicial distinto, y los casos de traslados de un centro a otro de distinto partido judicial que el del juez que lo autorizó o ratificó en un primer momento. En la medida en que el juez debe revisar periódicamente los internamientos y acordar lo procedente sobre su continuación en base a los informes de los facultativos y la práctica de cuantas actuaciones considere imprescindibles (art. 763.4 LEC), habría que determinar qué tribunal sería el competente para hacer tal seguimiento, esto es, si el que dictó el primer auto de internamiento o el del lugar en que resida la persona internada en cada momento (que vendría a coincidir con el del lugar donde radica el centro de ingreso o traslado). Más aún cuando la audiencia del interno en la fase de control periódico por el juez parece devenir obligatoria a raíz de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006, tal como afirma nuestro Tribunal Supremo<sup>86</sup>. Las distintas posturas doctrinales y jurisprudenciales existentes sobre esta cuestión<sup>87</sup> han sido resueltas por el Tribunal Supremo en su Auto de 11 de diciembre de 2008, donde establece que el juez competente para realizar de forma efectiva el control directo del internamiento es *el del lugar al que se*

---

berán ponerse de relieve las circunstancias objetivas que imposibilitaron el mismo en centro ubicado en el lugar donde ésta tenía su residencia. En jurisprudencia, por todas, STS de 20-2-1989 (RJ 1989/1214).

<sup>85</sup> Por lo que se refiere a la competencia judicial *objetiva* y aunque nada dispone el art. 763 LEC, la opinión mayoritaria considera que corresponde a los Juzgados de Primera Instancia (*ex art. 756 LEC*) y, donde los haya, a los Juzgados de Incapacitaciones y Tutelas. Por todos, LETE DEL RÍO, J. M., *op. cit.*, pág. 11.

<sup>86</sup> Entre otros, en los Autos de 11-12-2008 (RJ 2009/288), de 11-5-2010 (RJ 2010/3691) y de 27-3-2012 (RJ 2012/5587). A la vista de esta consideración nos preguntamos si debería tratarse de un trámite preceptivo o facultativo para el juez. A nuestro modo de ver, la primera opción garantiza mejor los derechos fundamentales del interno, ya que la decisión judicial tendría más fundamento si se le ha examinado y oído personalmente. Ahora bien, creemos que debería dejarse al buen criterio del juez la periodicidad en la realización de este trámite. Debe tenerse en cuenta que este precepto da cobertura también a los internamientos de personas mayores dementes, y en estos casos podría no ser necesario el examen o audiencia del enfermo con la periodicidad de seis meses fijada en la Ley. Además, teniendo en cuenta que son realmente los facultativos los que valoran el estado del enfermo y deciden si dan o no el alta médica (*ex art. 763.4.º in fine*), la ampliación de este plazo no tendría por qué perjudicarlo.

<sup>87</sup> Sobre las distintas posturas y sus argumentos nos remitimos a LÓPEZ EBRI, G., *op. cit.*, págs. 147 y ss.

*ha trasladado al enfermo*, lo que con carácter general supondría considerar competente al juez *del lugar donde reside en cada momento la persona afectada*<sup>88</sup>.

Un problema planteado por primera vez en los tribunales de Alicante y relevante a efectos competenciales es el de determinar si los internamientos voluntarios que devienen involuntarios por pérdida de facultades mentales han de considerarse internamientos ordinarios o urgentes. En función de tal consideración variará la competencia judicial, ya que, según dispone el *Acuerdo de 8 de noviembre de 2013 de la Comisión de Modernización e Informática del Consejo General del Poder Judicial* (con efectos a partir del 1 enero 2014), que deja sin efectos el *Acuerdo del Pleno de 12 de noviembre de 2012 relativo a la propuesta de reparto competencial para los Juzgados de Primera Instancia números 8 y 10 (de Familia) de Alicante*, los Juzgados de Familia conocerán con carácter exclusivo de las autorizaciones previas de los internamientos del art. 763 LEC, y entrarán a reparto con el resto de los Juzgados de Primera Instancia de Alicante en el conocimiento de los asuntos relativos a la ratificación de internamientos acordados sin previa autorización judicial. Recientemente, la Sección 6.ª de la AP Alicante ha tenido oportunidad de pronunciarse sobre estas cuestiones en su Auto 181/14, de 3 de junio. Mientras el Juzgado de Primera Instancia n.º 3 y el Ministerio Fiscal consideran que estos casos deben tramitarse por el procedimiento ordinario —quizá, a nuestro juicio, porque en la práctica no daría tiempo a tramitar las ratificaciones en el plazo de setenta y dos horas que marca la Ley—, la Audiencia considera que deben tramitarse por la vía de urgencia y señala que «*no resulta posible ni adecuada la “autorización previa” propia de los internamientos llamados ordinarios, pues ello supondría reintegrar al interesado a su domicilio, atentando así contra los derechos del enfermos que precisamente se trata de proteger*»<sup>89</sup>. Puesto que se trata de una cuestión novedosa y no pacífica, creemos que se debería resolver

<sup>88</sup> RJ 2009/288. En la misma línea, los Autos del TS de 19-10-2005 (RJ 2006/2096), 11-5-2010 (RJ 2010/3691) y 27-3-2012 (RJ 2012/5587). Manteniendo otro criterio, el Auto de 27-3-2006 (RJ 2006/2320) y otros allí citados.

<sup>89</sup> Además, hace las siguientes consideraciones: que junto a los internamientos ordinarios y urgentes existen casos en que no se sigue la vía procesal regular (los descritos anteriormente); que en estos casos las residencias suelen hacer uso de la solicitud de internamiento de urgencia para su ratificación, puesto que el paciente se encuentra ya ingresado; que estas situaciones especiales precisan una respuesta rápida por parte de los tribunales, puesto que la persona ya está privada de libertad (sin perjuicio de que pudiera tratarse de un caso claro de internamiento involuntario por razón de urgencia). Según lo afirmado, declara competente al JPI n.º 3 de Alicante.

a nivel general ante los posibles conflictos que se irán planteando con seguridad en otros territorios.

Por otro lado, el plazo en el que se debe comunicar el internamiento al juez competente es de veinticuatro horas. Tal como indica el art. 763.1, párrafo segundo, la comunicación ha de hacerse «*lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas*». El TC insiste en que se trata de un plazo *máximo* que en ningún caso debe agotarse arbitrariamente, y señala que el director del centro debe realizar la comunicación sin demora «*en cuanto se disponga del diagnóstico que justifique el internamiento*» (FD 5.º). En lo que parece una advertencia al legislador futuro, el TC recalca también que dicho plazo en ningún caso podría exceder de las setenta y dos horas por aplicación del límite previsto en el art. 17.2 CE para las *detenciones extrajudiciales*, límite que, según su propia doctrina, no sólo se aplica en el ámbito penal<sup>90</sup>.

Se aclara también en esta sentencia, supliendo la omisión del art. 763 LEC, que el plazo de veinticuatro horas empezará a contar «*desde el momento en que se produce materialmente el ingreso del afectado en el interior del recinto y contra su voluntad*». Subrayamos la expresión «*contra su voluntad*» porque, tal como sigue diciendo el Tribunal, «*en aquellos casos en los que la persona ha podido acceder inicialmente al tratamiento de manera voluntaria y en algún momento posterior exterioriza su cambio de criterio*», será este preciso momento cuando empezará a correr el plazo de veinticuatro horas para comunicar el internamiento al juez, pues desde tal instante se convierte en involuntario, debiendo concurrir los requisitos del art. 763.1.º LEC para poder mantener la medida. A pesar de que el TC habla de «*exteriorización*» del cambio de criterio, conforme al art. 763 LEC es suficiente con que la persona que padezca un trastorno psíquico *no esté en condiciones de decidir por sí* para que deba solicitarse autorización o ratificación judicial. Por ello, creemos que desde el momento en que la persona perdiera sus facultades mentales —con independencia de que hubiera exteriorizado o no su voluntad de salir del centro—, el internamiento devendría involuntario y el centro debería proceder como en los internamientos urgentes, esto es, solicitando la ratificación judicial en el plazo legal<sup>91</sup>. Además, tanto doctrina como

<sup>90</sup> Este plazo no puede alargarse pero sí reducirse por la norma concreta de desarrollo, como ocurre en el ámbito objeto de estudio.

<sup>91</sup> Así ocurre en la práctica, tal como pone de manifiesto el reciente Auto de la AP Alicante 181/14, de 3-6-2014, anteriormente comentado. Esta situación debe comunicarse al propio enfermo *hasta donde se lea comprensible* para evitar su indefensión. Dichos casos son muy frecuentes y han sido calificados como *pseudo-urgentes* (así, LÓPEZ EBRI, G., *op. cit.*, pág. 157).

jurisprudencia vienen sosteniendo que para que el internamiento se considere *no voluntario* no se exige voluntad expresa en contrario, sino que basta con que la persona no exprese voluntad alguna, ni a favor ni en contra del internamiento<sup>92</sup>. De hecho, incluso la voluntad favorable al ingreso no sería válida si se apreciara falta de capacidad, entendiéndose aplicable también en estos casos el art. 763 LEC<sup>93</sup>. A lo que se podría añadir también que el art. 212-6 del CC catalán —precepto que, a diferencia del art. 763 LEC, prevé expresamente esta situación— tampoco exige la *exteriorización del cambio de criterio* para comunicar el internamiento al juez<sup>94</sup>.

Por último, si el responsable del centro médico incumple el plazo legal de veinticuatro horas, el internamiento se considera irregular o no ajustado a Derecho y se puede acudir al procedimiento del *habeas corpus* para recabar la tutela judicial. Sobre este procedimiento, la sentencia del TC 104/1990, de 4 de junio<sup>95</sup>, establece que el *habeas corpus* sólo debe ser empleado en la medida en que las vías judiciales ordinarias sean inidóneas para proteger la libertad, y no como último medio para impugnar el internamiento cuando hayan sido desestimados los recursos legales. Es por ello que se abre la vía del *habeas corpus* por exceso del plazo de setenta y dos horas que la Ley concede al juez para ratificar el internamiento<sup>96</sup>. En estos casos, la inactividad del órgano judicial a la hora de dictar auto resolutorio hace que no sea idónea la vía del recurso.

En cuarto lugar, y como última exigencia básica de la fase extrajudicial del procedimiento, el TC establece el *control sobre el centro de*

<sup>92</sup> Los casos en que la persona ni acepta ni rechaza el ingreso han sido calificados por un sector doctrinal como «internamientos avoluntarios». Así, por todos, ORTELLS RAMOS, M. / CUCARELLA GALIANA, A., *op. cit.*, pág. 249.

<sup>93</sup> Por el contrario, si la persona tuviera suficiente capacidad a pesar de sufrir algún trastorno psíquico, no podría ser retenida contra su voluntad por más que los facultativos considerasen necesario o conveniente continuar el tratamiento, del mismo modo que no cabe imponer un tratamiento médico forzoso a una persona que goza de la suficiente capacidad para decidir por sí misma —a excepción del art. 9.2 LAP—.

<sup>94</sup> El legislador común podía tomar nota del catalán en este punto y contemplar esta situación en la futura regulación de la materia para evitar disparidad de criterios. Tampoco se exigía esta condición en la Instrucción 3/1990 de la Fiscalía, pág. 661. Particular importancia asumiría el control de los fiscales sobre la regularidad de tales situaciones para evitar vulneraciones de los derechos de los internos. A modo de ejemplo, los Autos de la AP Sevilla de 8, 15, 21 y 28 de noviembre de 2012, Lugo de 17-10-2012 (AC 2013/341) o Almería de 10-10-2012 (JUR 2013/135332) contemplan casos de regularización judicial de internamientos de personas ya ingresadas.

<sup>95</sup> RTC 1990/104

<sup>96</sup> Así lo declara el Tribunal Constitucional en la sentencia que venimos analizando (FD 6.º).

*internamiento*. Interesa destacar sobre esto que, a pesar de que desde la comunicación anterior la persona pasa a efectos legales a disposición del órgano judicial, el director del centro sigue siendo responsable de la vida e integridad física y psíquica del interno mientras no se acuerde el alta.

## 2.2. Fase judicial del internamiento urgente

La finalidad principal de esta fase es que el juez valore si ratificar o no el internamiento acordado de urgencia por el centro médico. Lo primero que debemos analizar es *cuál es el alcance de dicho juicio de ratificación*. Y debemos hacerlo porque el TC sienta doctrina relevante sobre el tema, respondiendo así a una de las quejas manifestadas por el recurrente de amparo. Frente al criterio de la Sección 5.<sup>a</sup> de la Audiencia Provincial de Granada, el TC dispone lo siguiente: «[...] el juicio de ratificación comprende desde luego la consideración del estado mental del interno a la fecha en que tienen lugar las pruebas judiciales sobre su persona, pero también la procedencia del internamiento cuando se adoptó por el responsable sanitario, esto es, la revisión de lo actuado por éste: primero porque el Juez, que es quien garantiza la tutela judicial efectiva (art. 24.1 CE), independiente (art. 117.1 CE) e imparcial (art. 24.2 CE) de los derechos del interno, debe determinar si la medida estuvo justificada *en su origen*, pues lo contrario llevaría a convertir la fase extrajudicial previa en un limbo sin derechos para el afectado. Pero segundo, porque si aparecen dudas fundadas acerca de la no necesidad de la medida en aquel primer instante y, sin embargo, sí parece justificarse a posteriori con el resultado de las pruebas judiciales, deberá dilucidar el Tribunal si ello se debe a la implementación —o no— de un tratamiento inadecuado para el paciente, lo que dejando al margen otras consecuencias legales, podría ser justo motivo para no ratificarla»<sup>97</sup>. La claridad de la exposición hace innecesario cualquier comentario.

Aclarado este aspecto, tres son las garantías que, en desarrollo de las previsiones del art. 763 LEC y desde el prisma del derecho a la li-

<sup>97</sup> Vid. FD 6.º. Por el contrario, el Auto de la AP Granada de 1-4-2009 (JUR 2011/173783), cuestionado por el recurrente en amparo, estimó que la ratificación del juez se proyectaba únicamente sobre la «continuidad del internamiento», y que incluso si éste se hubiera verificado vulnerando algún derecho y sin perjuicio de la responsabilidad de quien lo acordó, la ratificación estaría justificada si *en el momento del examen* por el juez y el facultativo el internado presentara un estado que hiciera aconsejable y necesario su internamiento. Vid. Antecedente n.º 2.

bertad del art. 17 CE, establece el Tribunal en la sentencia 141/2012: a) informar al interno o a su representante acerca de su situación material y procesal, lo que implica a su vez el derecho del afectado (o su representante en su nombre) a ser oído personalmente dentro del procedimiento; b) examinar personalmente al interno en el centro y solicitar el reconocimiento pericial; c) dictar resolución motivada en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que se le comunica el internamiento. Es el juez quien debe realizar estas actuaciones<sup>98</sup>.

En primer lugar, y a pesar de que nada menciona el art. 763 LEC sobre el *derecho de información* del interno<sup>99</sup>, según la jurisprudencia del TEDH, se trata de una garantía propia del derecho a la libertad personal y su omisión no es constitucionalmente aceptable<sup>100</sup>. No obstante la citada omisión, el art. 17.3 CE —aplicable en este ámbito, como ya se dijo— dispone que el detenido no sólo tiene derecho a que se le comuniquen las razones de su detención, sino también los *derechos* que le asisten. El art. 763 LEC establece el derecho de la persona afectada a ser oída por el juez y a proponer la comparecencia de otras personas en el procedimiento, así como el derecho a contar con abogado y procurador en todas las actuaciones<sup>101</sup>. Pero es evidente que si falta la información sobre la existencia de tales derechos, éstos no pueden ejercitarse. Esto fue precisamente lo que ocurrió en el caso resuelto en

<sup>98</sup> En países como el Reino Unido o Francia no se exige la intervención judicial para legitimar el internamiento. En ambos ordenamientos, la decisión de internar a la persona es del director del hospital en el que se pretende ingresarla. La posibilidad de control por el juez se establece *a posteriori* para revisar el internamiento efectuado. Vid. BARTLETT, P. / SANDLAND, R., *op. cit.*, pág. 256, o STAUCH, M. / WHEAT, K. / TINGLE, J., *op. cit.*, pág. 431. Con el nuevo sistema instaurado en Francia a partir de la Ley n.º 2011-803, de 5 de julio, se prevé un control sistemático de los internamientos llevado a cabo por el juez «de la liberté et de la détention» (JLD) que no preveía la anterior legislación. Vid. art. L3211-12-1 CSP. Los plazos en que procede este control fueron modificados por la Ley n.º 2013-869, de 27 de septiembre, tal como expone PRIMERVERT, M., *op. cit.*, pág. 1881.

<sup>99</sup> A diferencia de lo que ocurre en nuestro ordenamiento, en la legislación francesa se reconoce expresa y detalladamente el derecho de información del interno, así como su contenido. Vid. art. L3211-3 CSP.

<sup>100</sup> Sentencia del caso *X contra Reino Unido* (TEDH 1981/5).

<sup>101</sup> El reconocimiento expreso de tales derechos fue una novedad importante incorporada por el art. 763 LEC a raíz de la STC de 1-7-1999 (RTC 1999/129). No obstante, ya habían sido reconocidos anteriormente por el TEDH en su sentencia de 24-10-1979, caso *Winterwerp contra Holanda* (TEDH 1979/4), párrafos 58, 60, 66. Quedan así garantizados tanto el principio de contradicción como el de defensa recogidos por el art. 24 CE. Sobre este tema puede verse el trabajo de MARÍN LÓPEZ, J. J., *op. cit.*, págs. 214 y ss. También los estándares del Consejo de Europa exigen que la persona afectada por el internamiento tenga la oportunidad de ser oída, aunque sea a través de su representante. Vid. *Informe* 2012, pág. 20. En pág. 34 se pone de manifiesto que sólo un reducido número de Estados miembros no incluyen en sus legislaciones referencias a la necesidad de tener en cuenta la opinión del afectado para la adopción de medidas involuntarias.



la sentencia 141/2012 y, por este motivo, entre otros, el TC considera vulnerado el derecho a la libertad personal y estima el amparo solicitado<sup>102</sup>.

En cuanto a *quién* debe informar, el TC señala que «[...] *la Ley y la jurisprudencia de derechos humanos impone que el órgano judicial tome la iniciativa en la información, no presuponer su conocimiento por el afectado como erróneamente sostiene el Auto de la Audiencia Provincial para disculpar lo sucedido, ni tampoco dar por cubierta esa defensa con la presencia del Ministerio Fiscal, el cual actúa en defensa de la legalidad y no como defensor judicial del interno, quien ha de tener por tanto siempre su propia voz y defensa dentro del procedimiento, ya que en este momento procesal no está declarado incapaz*». Esta última alusión nos lleva a analizar el papel que el Ministerio Fiscal desempeña en este procedimiento ya que, como ha indicado con razón un sector doctrinal, su posición procesal es confusa<sup>103</sup>. Esa confusión la genera ya de entrada la propia letra del art. 763.3 LEC cuando establece, por un lado, que el Ministerio Fiscal deberá ser *simplemente oído* por el juez y, por otro, que por remisión al art. 758 LEC el Ministerio Fiscal se encargará de la *defensa y representación* del interno cuando no cuente con una propia y siempre y cuando no hubiera sido el promotor del procedimiento, en cuyo caso actuará el defensor judicial. La Fiscalía General del Estado se pronunció sobre esta cuestión en la Circular 1/2000, de 5 de abril, donde estableció que «[no] sería solución atribuir la defensa al Ministerio Fiscal como prevé para el proceso de incapacitación el art. 758 LEC, no sólo porque puede haber sido a la vez promotor del expediente, sino fundamentalmente porque no es intención de la Ley atribuir al Ministerio Fiscal la condición de parte en este peculiar procedimiento, sino la de simple dictaminador, toda vez que la Ley dice que el Juez “oírán (...) al Ministerio Fiscal”, expresión que resultaría redundante si se tratase de una parte en un procedimiento contencioso [...]»<sup>104</sup>. Esta postura parece ser la que el TC considera más adecuada a la vista de sus anteriores manifestaciones.

Por otro lado, doctrina y jurisprudencia critican que la intervención de abogado y procurador sea simplemente facultativa y no pre-

<sup>102</sup> Vid. FD 7.º, apartado b), y Antecedente n.º 8, donde se contienen las consideraciones del Ministerio Fiscal.

<sup>103</sup> Así, MARÍN LÓPEZ, J. J., *op. cit.*, pág. 231.

<sup>104</sup> Respaldando esta postura, LÓPEZ EBRI, G., *op. cit.*, pág. 142. En sentido contrario, ORTELLS RAMOS, M. / CUCARELLA GALIANA, A., *op. cit.*, pág. 253, entienden que, salvo que el MF fuera favorable al internamiento, asume la representación y defensa del afectado *ex* 3.7 EOMF o art. 749.2 LEC.

ceptiva en este procedimiento<sup>105</sup>. Esta falta de preceptividad impide solicitar el beneficio de la asistencia jurídica gratuita (*ex art. 6.3 LAJG*)<sup>106</sup>, lo que a su vez conlleva que aunque el afectado quiera disponer de representación y defensa, no pueda hacerlo salvo que cuente con recursos económicos suficientes para ello. Quedaría así vacía de contenido en muchos casos la posibilidad ofrecida por el art. 763 LEC y se dejarían sin protección los casos que más la necesitan, dándose además la paradoja de que «siendo el internamiento una medida que afecta a la libertad de las personas, al sujeto afectado se le da peor trato que a un detenido, que con independencia de ser o no ser mentalmente responsable se le ha de nombrar necesariamente un letrado, artículo 118 LECrim»<sup>107</sup>. Debe por tanto apuntarse la conveniencia de modificar también en este punto la regulación actual, de forma que el internado pueda contar con la defensa de un abogado de oficio si no ha designado uno libremente<sup>108</sup>.

Por lo que se refiere al momento en que debe informarse al afectado de su situación y de los derechos y recursos que le asisten, nada dice el art. 763 LEC. El TC tampoco es claro sobre esto porque en un primer momento parece dar a entender que será en el trámite de *audiencia* al afectado<sup>109</sup>, pero posteriormente reprocha que el juez no hiciera ninguna alusión a la puesta en conocimiento de sus derechos en el *acta de examen*, dando a entender implícitamente que era en ese momento procesal cuando se debía informar al interno. Por su parte, el Ministerio Fiscal mantiene que la comunicación de sus derechos a la persona ingresada puede realizarse en varios momentos, bien en el mismo momento en que se acuerda el ingreso no voluntario o bien en el momen-

<sup>105</sup> En jurisprudencia, por todas, la STC de 1-7-1999 (RTC 1999/129) — voto particular —, y en doctrina, MARÍN LÓPEZ, J. J., *op. cit.*, pág. 231.

<sup>106</sup> Ley 1/1996, de 10 de enero, de Asistencia Jurídica Gratuita.

<sup>107</sup> Así lo expresa CHIMENO CANO, M., *op. cit.*, pág. 222. Pone de relieve esta autora que «en nuestro derecho, según se tramite el internamiento se observará esta garantía de asistencia letrada. Si el internamiento se acumula al proceso de incapacitación el demandado tendrá necesariamente letrado, artículos 750.1 y 760.1 LECiv. En cambio si la medida de internamiento se tramita como expediente de jurisdicción voluntaria el nombramiento del letrado es facultativo».

<sup>108</sup> En Francia, la reforma operada por la Ley n.º 2013-869, de 27 de septiembre, impone la representación obligatoria de abogado, cuya ausencia hasta el momento provocaba problemas en términos de principios. Ésta fue una de las cuatro importantes modificaciones a la Ley n.º 2011-803, de 5 de julio, con el fin de reforzar los derechos de los afectados por el internamiento forzoso. Ahora, como establece el art. L3211-12-2 CSP, si, a juicio de los facultativos, razones médicas obstaculizan la audiencia del afectado, la persona debe ser representada por un abogado de su elección o, en su defecto, de oficio. En relación a esto, vid. PRIMERVERT, M., *op. cit.*, pág. 1881.

<sup>109</sup> Vid. FD 6.º, apartado a).

to en que el juez procede al examen personal de la persona ingresada<sup>110</sup>. El TC descarta que deba hacerse en la fase extrajudicial, donde sólo señala que se ha de informar al afectado o su representante de las *causas* del internamiento. Por tanto, a la vista de tales consideraciones y teniendo en cuenta que en la práctica la audiencia al afectado suele llevarse a cabo en el mismo momento en que el juez procede a examinarlo, se puede concluir que, aunque sean actuaciones distintas —información, audiencia y examen—, todas se deberán realizar en el mismo momento (examen directo del interno) y ninguna puede omitirse.

En segundo lugar, en el plano probatorio, el juez efectuará el examen directo del interno y proveerá a la práctica del reconocimiento pericial por un médico designado por él. Como tiene declarado nuestro TS, el examen de la persona «*es un presupuesto o garantía esencial del orden público con trascendencia constitucional que no puede omitirse ni realizarse por medio de auxilio judicial*»<sup>111</sup>. Se configura como una especie de reconocimiento judicial (arts. 353 y ss.) cuya finalidad es constatar el estado del paciente y descartar cualquier tipo de confabulación entre el médico y los parientes. Tal como dispone el art. 355 LEC, se puede realizar fuera de la sede del tribunal. En la práctica, lo normal viene siendo que en los internamientos *urgentes* se realice en el propio centro donde la persona ha sido ingresada, puesto que el traslado a presencia física del juez contradiría la necesidad misma de la medida<sup>112</sup>. Ahora bien, de la sentencia que venimos comentando se desprende que la intención del TC es que esta costumbre pase a ser la regla general<sup>113</sup>. Lo actuado se recoge en un acta donde el juez deberá reflejar con claridad cuantos datos le proporcione la intermediación pero no el resultado de su valoración propia, ya que éste únicamente puede darse después de realizar todos los trámites y pruebas<sup>114</sup>.

<sup>110</sup> Vid. Antecedente n.º 8.

<sup>111</sup> STS de 20-2-1989 (RJ 1989/1214).

<sup>112</sup> STS 141/2012, FD 5.º, letra d). En los ordinarios podría llevarse a cabo también en el domicilio del paciente o incluso en el propio Juzgado, si las circunstancias no lo desaconsejaran.

<sup>113</sup> Y ello porque en el FD 6.º, letra b), establece que el examen directo del interno se hará «en el centro». Recientemente, el legislador francés también ha considerado oportuno fijar como regla general en la Ley n.º 2013-869, de 27 de septiembre, que en principio la audiencia del afectado se lleve a cabo en el propio establecimiento de acogida (al contrario de lo que señalaba la Ley n.º 2011-803, de 5 de julio, donde la audiencia en la sede del tribunal era la regla y en el hospital la excepción). Esta modificación entró en vigor el 1-9-2014 y, como señala la doctrina francesa, es más beneficiosa para la salud del enfermo que los traslados en ambulancia, a veces de largo recorrido, y que las esperas en los pasillos de los juzgados. Vid. PRIMERVERT, M., *op. cit.*, pág. 1881.

<sup>114</sup> Así lo entiende LETE DEL RÍO, J. M., *op. cit.*, págs. 12-13. Sobre el acta, vid. art. 358 LEC. A modo de ejemplo, en el caso concreto de la STC de 2-7-2012 (RTC

Cuando el tribunal lo considere conveniente, podrá disponer que se practiquen en un solo acto el reconocimiento judicial y el pericial sobre la persona<sup>115</sup>. Ésta parece ser la regla general en los internamientos que estamos analizando, donde normalmente el juez y el facultativo se desplazan al centro para practicar el examen y el informe médico. Incluso sería conveniente que acudiera también el fiscal, porque esto le ayudaría a elaborar su informe y a velar por los derechos del internado<sup>116</sup>.

Por otro lado, el dictamen del facultativo designado por el juez es uno de los trámites más importantes del procedimiento, si no el que más, porque al ser el internamiento una medida terapéutica el médico será el más capacitado para decidir sobre su pertinencia o continuación en función de la naturaleza, grado y efectos del trastorno<sup>117</sup>. Si bien la ley no exige que deba hacerlo un especialista, sería conveniente que así fuera. Ahora bien, no necesariamente debería ser un psiquiatra, sino que, en función del trastorno, podría ser un neurólogo o psicólogo, por ejemplo<sup>118</sup>. No obstante, en la práctica suelen ser los médicos forenses

---

2012/141), el acta levantada por el juez en el centro hospitalario menciona tanto que el afectado por la medida había sido trasladado a la fuerza como que tenía problemas familiares con su esposa e hijos. Además, respecto a la conducta del mismo hace constar que se mostró hablador y comunicativo, sin detallar comportamientos anómalos. Vid. Antecedente de Hecho n.º 2, apartado c).

<sup>115</sup> Art. 356 LEC

<sup>116</sup> Así opina, entre otros, CHIMENO CANO, M., *op. cit.*, pág. 226. A nuestro juicio, esta propuesta debería valorarse de cara a una futura regulación de la materia. Este informe, preceptivo pero no vinculante, lo elaborará después de que el tribunal oiga a la persona y el forense emita dictamen. También deberá iniciar el procedimiento de incapacitación si lo considera conveniente, una vez el juez competente para resolver la procedencia del internamiento urgente lo ponga en su conocimiento *ex art. 757.3 LEC* (vid. art. 763.1, tercer párrafo).

<sup>117</sup> Actualmente parece pacífica en nuestra doctrina la consideración de que el juez no *ordena*, sino que sólo *autoriza o controla* la medida terapéutica que prescribe el médico en contra de la voluntad del enfermo. Entre otros, ROCA GUILLAMÓN, J., *op. cit.*, pág. 660; LOZANO BLANCO, J., *op. cit.*, pág. 1425; FUERTES ROCAÑÍN, J. C., *op. cit.*, pág. 275; CHIMENO CANO, M., *op. cit.*, pág. 248; ORTELLS RAMOS, M. / CUCARELLA GALLIANA, A., *op. cit.*, pág. 251. La Circular 2/1993 de la FGE asumió también este criterio. Vid. pág. 954. En virtud de esta postura se pueden hacer dos consideraciones: por un lado, como señala CHIMENO CANO, que la autorización judicial no implica orden compulsiva dirigida al médico encargado del centro sanitario, por lo que éste podría negarse al ingreso y no incurriría en delito de desobediencia (cuestión distinta sería que su negativa conllevara una negligencia médica, en cuyo caso debería responder civil o penalmente de sus consecuencias); por otro lado, que en la medida en que ni el dictamen del facultativo ni el juicio de los médicos que atienden el ingreso de urgencia son vinculantes para el juez, éste podría resolver en sentido contrario siempre y cuando lo razonase adecuadamente. Y ello sin perjuicio de que los facultativos pudieran recurrir el auto judicial.

<sup>118</sup> Señala CHIMENO CANO, M., *op. cit.*, pág. 223, que «sin una formación especializada la única prueba técnica aportada al expediente podría resultar deficiente [...]».

los que elaboran tales informes<sup>119</sup>. En cualquier caso, se exige la imparcialidad del facultativo y, por ello, la doctrina coincide en que ha de ser realizado por médico distinto de aquel que admitió de urgencia al paciente en el centro<sup>120</sup>. Este dictamen debe hacerse por escrito<sup>121</sup> y nada impide que *ex art.* 763.3.º LEC el juez pueda recabar otros informes y documentos médicos si lo estima conveniente.

Por último, mencionar que todas estas actuaciones deben ejecutarse por el juez en el plazo de setenta y dos horas desde que se le comunica el internamiento urgente, plazo improrrogable que se configura como una de las principales garantías de la regulación y cuyo incumplimiento determina sin más la lesión del derecho fundamental del art. 17 CE y abre la puerta al procedimiento del *habeas corpus*, como manifestamos anteriormente<sup>122</sup>. En el caso que venimos mencionando, fue precisamente la contravención de dicho plazo el primer motivo esgrimido por el recurrente en amparo. Sobre esto considera el TC con claridad meridiana en su FD 6.º que «*no puede mantenerse el confinamiento de la persona si a su expiración no se ha ratificado la medida, ni cabe aducir dificultades logísticas o excesiva carga de trabajo del órgano judicial para justificar su demora, ni puede considerarse convalidado el incumplimiento porque más tarde se dicte el Auto y éste resulte confirmatorio*»<sup>123</sup>. *Vencido el plazo no desaparece la facultad del*

---

el mismo sentido, MAGRO SERVET, V., *op. cit.*, pág. 4. BERCOVITZ RODRÍGUEZ-CANO, R., «La protección jurídica...», *cit.*, pág. 964, valora positivamente la referencia genérica al «facultativo» porque permite al juez designar al más adecuado por su especialidad.

<sup>119</sup> Aunque el art. 497 LOPJ establece que en los juzgados la asistencia técnica en disciplina profesional médica corresponde a los forenses, nada impide que pueda prestarse por otro médico. Así lo considera GETE ALONSO Y CALERA, M. C. (coord.), *op. cit.*, pág. 352. Y en pág. 359 propone de *lege ferenda* que o bien se exija en los médicos forenses una especialización —de la misma manera que con relación al Ministerio Fiscal se han creado los destinados a Incapacitaciones—, o bien, siendo más realistas, se requiera que los órganos judiciales tengan listas actualizadas de los especialistas a los que acudir. A nuestro modo de ver, el coste económico que implicaría esta segunda opción la haría inviable en la práctica.

<sup>120</sup> Entre otros, ROMERO COLOMA, A. M., *op. cit.*, pág. 13; VEGA VEGA, C. / BAÑÓN GONZÁLEZ, R. M. / FAJARDO AGUSTÍN, A., *op. cit.*, pág. 179; GETE ALONSO Y CALERA, M. C. (coord.), *op. cit.*, pág. 352.

<sup>121</sup> Señala GETE ALONSO Y CALERA, M. C. (coord.), *op. cit.*, pág. 353, que aunque debe hacerse por escrito, porque se une a la documentación del procedimiento, puede comunicarse de forma oral. Como apunta la Circular 2/1984 de la FGE, pág. 347, la expresión *oír* es tradicionalmente indicativa de informe escrito.

<sup>122</sup> Este plazo fue introducido por la LEC 1/2000 —en una enmienda del Senado— y, según tiene declarado el TC, su incumplimiento afectaría a la garantía constitucional de la libertad personal. Por todas, las SSTC de 27-3-2006 (RTC 2006/99) y 21-11-2011 (RTC 2011/180)

<sup>123</sup> En relación a esto, el TEDH tiene declarado que las *formalidades administrativas* necesarias para la puesta en libertad de un detenido o preso no pueden justificar un

*Juez para ordenar el internamiento, pero si éste se adopta deberá serlo estando el afectado en libertad, sin perjuicio de que tras esa ratificación deba ejecutarse la orden judicial con todos sus efectos. Otra interpretación llevaría a vaciar de contenido el límite previsto, confundiría lo que es una dilación procesal indebida con la lesión injustificada del derecho a la libertad e introduciría un abanico indefinido de flexibilidad, a todas luces peligroso e inconveniente»<sup>124</sup>. Pero es que, como además pone de manifiesto el TC —con cierto tono de incredulidad, a nuestro juicio—, el Auto del JPI «ni siquiera intenta excusar este incumplimiento, limitándose a pronunciar su decisión como si el trámite hubiera discurrido con total normalidad, lo que claramente no ocurrió. Lejos después de censurar este hecho, la Audiencia Provincial califica este exceso como “leve y razonable demora”, trasladando toda la responsabilidad al centro médico en cuanto a su obligación de conceder el alta<sup>125</sup>. Todo ello determina que el recurrente estuvo, en todo caso, privado ilegalmente de su libertad [...]».*

## V. CONSIDERACIÓN FINAL

La práctica demuestra que un número importante de internamientos no voluntarios se realizan incumpliendo los presupuestos legales mínimos. Con este pronunciamiento, el TC llama la atención tanto al servicio público sanitario como a los órganos judiciales para que actúen con extremada diligencia en este tipo de procedimientos, teniendo en cuenta que la inobservancia de las garantías legales permitirá interponer y que prospere un procedimiento de *habeas corpus* o un recurso de amparo, como en el caso concreto. Y ello, aunque no se diga

---

retraso superior a más de algunas horas, consideración que, a nuestro modo de ver, podría extrapolarse también al ámbito que nos ocupa. Vid. AA.VV., *Doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos*, Valencia, 2012, pág. 40.

<sup>124</sup> Y, en opinión del MF, «el incumplimiento del referido plazo legal de 72 horas desnaturaliza la función garantista de la intervención judicial e introduce en nuestro ordenamiento jurídico un riesgo serio de banalización del derecho a la libertad personal que resulta constitucionalmente intolerable» (AH 8.º).

<sup>125</sup> Ni mucho menos la demora fue leve y moderada. Teniendo en cuenta que la comunicación del internamiento al juez se hizo el día 3 de mayo, éste tenía que haber resuelto el día 6. Sin embargo, el Auto confirmatorio de la medida se dictó el 21 de mayo, sobrepasando *con creces* el plazo legal de las setenta y dos horas y con la paradoja añadida de que el demandante de amparo ya había sido dado de alta en esa fecha. Incluso cuando se procedió al examen personal del recurrente por el juez y a su reconocimiento pericial por el médico forense, el plazo legal estaba vencido, no apareciendo datos justificativos del retraso.



expresamente, sin perjuicio de la posible responsabilidad personal médica o judicial por negligencia en la autorización o control de estos internamientos<sup>126</sup>. Además, el TC aprovecha la ocasión para reiterar la necesidad de que la materia se regule mediante ley orgánica, regulación que, a nuestro modo de ver, debería ir más allá de meras modificaciones superficiales puesto que la importancia del tema exige un adecuado tratamiento jurídico y social capaz de subsanar las lagunas existentes en la actualidad. El pronunciamiento del TC supone un paso en firme para la consecución de este objetivo.

## BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ ÁLVAREZ, H.: «Las garantías judiciales de los internamientos involuntarios. Inconstitucionalidad del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento civil», en *Estudios de derecho civil en homenaje al profesor Joaquín José Rams Albesa*, M. Cuenca Casas / L. A. Anguita Villanueva / J. Ortega Doménech (coords.), Madrid, 2013, págs. 29-42.
- AA.VV.: *Doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos*, Valencia, 2012.
- AZNAR LÓPEZ, M.: *Internamientos civiles y derechos fundamentales de los usuarios de centros sanitarios, sociales y sociosanitarios*, Granada, 2000.
- BARTLETT, P. / SANDLAND, R.: *Mental Health Law. Policy and Practice*, Oxford, 2014.
- BARRIOS FLORES, L. F.: «El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, n.º 116, 2012, págs. 829-847.
- BERCOVITZ RODRÍGUEZ-CANO, R.: «La protección jurídica de la persona en relación con su internamiento involuntario en centros sanitarios o asistenciales por razones de salud», *ADC*, tomo XXVII, 1984, págs. 953-973.

<sup>126</sup> La trascendencia de esta cuestión es innegable en tanto que de la sanción imponible dependerá en gran medida la eficacia de los requerimientos exigidos por el TC en su sentencia 141/2012. Sin embargo, el tratamiento pormenorizado que la misma merece excede del objeto de nuestro trabajo —sin perjuicio de las alusiones realizadas en varias de nuestras notas; por ejemplo, 62, 75 o 78—. Por ello, nos remitimos a CASAS PLANES, *op. cit.*, págs. 6 y ss., que, además de incidir en el tema de la responsabilidad derivada de los internamientos irregulares, explica sucintamente los motivos sociales y económicos que han venido motivando en nuestro país la realización de internamientos sin las debidas garantías judiciales y/o extrajudiciales, cuestiones ambas relevantes para la adecuada valoración del pronunciamiento del TC. Nos limitaremos a apuntar en este momento que, tal y como señala esta autora, la responsabilidad civil de los jueces en este ámbito es más teórica que práctica, puesto que son escasas las demandas a jueces y magistrados por los daños causados por su actuación y muy pocas son condenatorias (vid. pág. 8). En nuestra opinión, quizá sea éste uno de los motivos por los que son tan numerosas las irregularidades en la autorización y control de los internamientos en nuestro país. En este sentido, no cabe duda que la sentencia del TC (estimando el recurso de amparo y dejando en evidencia la mala praxis del servicio público sanitario y judicial) vendrá a cumplir una función preventiva y/o disuasoria de actuaciones irregulares, digna de elogio.

- BERCOVITZ RODRÍGUEZ-CANO, R.: «Decálogo para los internamientos involuntarios urgentes por trastornos psiquiátricos», *Aranzadi Civil-Mercantil*, n.º 7/2012, parte Tribuna, consultado en <http://westlaw.es>, BIB 2012\3151.
- BUSTOS VALDIVIA, I.: «Consideraciones sobre el internamiento por razón de trastorno psíquico a partir de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor de 15 de mayo de 1996», *AC*, Sección Crónica, 2000, Ref. LIV, pág. 1289, tomo 4, consultado en <http://laley.es>, La Ley 1716/2001.
- CAZORLA GONZÁLEZ-SERRANO, C.: «Internamiento involuntario por razón de trastorno psíquico», en *Hacia una visión global de los mecanismos jurídico-privados de protección en materia de discapacidad*, S. de Salas Murillo (coord.), Zaragoza, 2010, págs. 499-514.
- CHIMENO CANO, M.: *Incapacitación, tutela e internamiento del enfermo mental*, Navarra, 2003.
- COBREROS MENDAZONA, E.: *Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud (Estudio sistemático de los ordenamientos italiano y español)*, Bilbao, 1988.
- DÍEZ-PICAZO, L. M.: *Sistema de Derechos Fundamentales*, Navarra, 2005.
- EGUSQUIZA BALMASEDA, M. A.: «El internamiento involuntario de los enfermos mentales: Consideraciones a propósito de la STC de 1 de julio de 1999 (RTC 1999, 129)», *Rep. Aranzadi del Tribunal Constitucional*, vol. III, parte Estudio, consultado en <http://westlaw.es>, BIB 1999\1435.
- EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS (FRA): *Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems*, Viena, 2012.
- FUERTES ROCAÑÍN, J. C.: «Patologías psiquiátricas y tratamientos involuntarios», en *Los mecanismos de guarda legal de las personas con discapacidad tras la Convención de Naciones Unidas*, S. de Salas Murillo (coord.), Madrid, 2013, págs. 265-276.
- GETE ALONSO Y CALERA, M. C. (coord.): *La protección civil de personas sometidas a manipulación mental*, Valencia, 2003.
- HALE, B.: *Mental Health Law*, Londres, 2010.
- LASARTE ÁLVAREZ, C.: «El internamiento en centros psiquiátricos y residenciales: un supuesto más de políticos y legisladores desatentos (Notas con ocasión de la STC 141/2012, de 2 de julio)», *Diario La Ley*, n.º 7968, Sección Tribuna, consultado en <http://laley.es>, La Ley 17955/2012.
- LETE DEL RÍO, J. M.: «Internamiento por razón de trastorno psíquico», *AC*, n.º 43, Sección Doctrina, Ref. LXVI, pág. 1305, tomo 4, consultado en <http://laley.es>, La Ley 2679/2002.
- LOISEAU: *L'hospitalisation psychiatrique, Loi du 27 juin 1990*, París, 1991.
- LÓPEZ EBRI, G.: «El internamiento no voluntario desde la perspectiva del Ministerio Fiscal», en *III Jornadas sobre Protección Jurídica en la Incapacidad: Logroño, 7-8 mayo 2009*, Fundación Tutelar de La Rioja, Logroño, 2009, págs. 119-160.
- LOZANO BLANCO, J.: «Comentarios a los arts. 756 y siguientes LEC», en *Comentarios a la Ley de Enjuiciamiento Civil*, F. Toribios Fuentes (dir.), Valladolid, 2012, págs. 1412 y ss.
- MAGRO SERVET, V.: «Hacia la necesaria Ley Orgánica integral de coordinación sanitario-judicial para la protección de las personas que sufren problemas de salud mental», *Diario La Ley*, n.º 7702, Sección Doctrina, Ref. D-352, consultado en <http://laley.es>, La Ley 14746/2011.

- MARÍN LÓPEZ, J. J.: «Los locos y su libertad: el art. 211 del Código civil (Sobre la Sentencia del Tribunal Constitucional 129/1999, de 1 de julio)», *RDPyC*, n.º 13, 1999, págs. 183-223.
- ORTELLS RAMOS, M. / CUCARELLA GALIANA, A.: «Comentarios al art. 763 LEC», en *Proceso civil práctico*, tomo X, V. Gimeno Sendra (dir.), P. Morenilla Allard (coord.), Madrid, 2008, págs. 247 y ss.
- PORTERO LAZCANO, G.: «El Médico forense en los procesos de incapacitación e internamientos forzosos», en *Jornadas sobre Protección Jurídica en la Incapacidad: II Jornadas celebradas en Logroño los días 26 y 27 de abril de 2007*, Fundación Tutelar de La Rioja, Logroño, 2007, págs. 67-88.
- PRIMERVERT, M.: «Les soins psychiatriques sans consentement: nouvelle réforme. À propos de la loi du 27 septembre 2013», *La Semaine Juridique*, n.º 42, 2013, págs. 1879-1881.
- RIVES SEVA, J. M.: *Los distintos procedimientos de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Estudio sistemático*, Madrid, 2010.
- ROCA GUILLAMÓN, J.: «Comentario al art. 211 Cc», en *Comentario del Código Civil*, tomo I, Madrid, 1991, págs. 659 y ss.
- ROIG SALAS, A. / GONZÁLEZ ÁLVAREZ, O. / DíEZ FERNÁNDEZ, M. E. / HERNÁNDEZ MONSALVE, M. / LEAL RUBIO, J. / SANTOS URBANEJA, F.: «Propuesta de regulación de los ingresos involuntarios», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, n.º 114, 2012, págs. 429-434.
- ROMERO COLOMA, A. M.: «Los internamientos forzosos o no voluntarios: evolución legislativa y problemática actual», *Diario La Ley*, n.º 8241, Sección Doctrina, 31 enero 2014, Año XXXV, Ref. D-36, La Ley 282/2014.
- RUBIO TORRANO, E.: «Internamiento forzoso y libertad personal», *Aranzadi Civil-Mercantil*, vol. II, parte Tribuna, consultado en <http://westlaw.es>, BIB 1999\1377.
- SANTOS MORÓN, M. J.: *El supuesto de hecho del internamiento involuntario en el artículo 763 LEC 1/2000*, Valencia, 2002.
- STAUCH, M. / WHEAT, K. / TINGLE, J.: *Text, Cases and Materials on Medical Law and Ethics*, Londres, 2012.
- VECCHIETI, A. M.: *Salute mentale e riforma sanitaria*, Milán, 1983.
- VEGA VEGA, C. / BAÑÓN GONZÁLEZ, R. M. / FAJARDO AUGUSTÍN, A.: «Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales», *Atención Primaria: Publicación Oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, n.º 3, 2010, págs. 176-182.
- ZURITA MARTÍN, I.: «El internamiento de personas mayores en centros geriátricos o residenciales», en *Responsabilidad derivada del internamiento de personas mayores dependientes en centros residenciales*, I. Zurita Martín (coord.), 2008, págs. 19-66.