

# Derechos Humanos y salud mental en Europa

## *Human rights and mental health in Europe*

Luis Fernando Barrios Flores.

Doctor en Derecho. Profesor de Derecho Administrativo de la Universidad de Alicante.

**Resumen:** Europa es la región del mundo en la que es más abundante la normativa sobre salud mental, especialmente en la forma de recomendaciones dirigidas a los Estados por el Consejo de Europa, aunque también existen normas de aplicación directa: Convenio Europeo de Derechos y Libertades Fundamentales y Convenio de Biomedicina. Particular interés tienen asimismo las sentencias dictadas por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos y las conclusiones del Comité para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos y degradantes. Debe mencionarse igualmente la labor de la Unión Europea y de la Oficina para Europa de la Organización Mundial de la Salud. Este conjunto de instrumentos jurídicos configura la más completa regulación sobre derechos del paciente mental.

**Palabras clave:** Normativa europea. Derechos del paciente mental. Salud mental.

**Abstract:** Europe is the region of the world in which is more abundant the normative one about mental health, especially in form of recommendations directed to the States by the Council of Europe, although norms of direct application also exist. Special interest has the sentences dictated by the European Court of Human Rights and the conclusions of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. It should be mentioned the work of European Union equally and of the Office for Europe of the World Organization of the Health. This group of juridical instruments configures the most complete regulation on the mental patient's rights.

**Key words:** European Regulation. Mental patient's rights. Mental health.

La pretensión de las páginas que siguen no es otra que ofrecer una visión global del sistema de garantías europeo -exclusivamente éste, advierto de antemano- en relación con las personas aquejadas de trastornos mentales. Apréciense que el objetivo es meramente descriptivo, dejándose para otro momento un análisis crítico no sólo pertinente, sino a todas luces necesario, en lo concerniente al "real" grado de aplicación de dicho sistema. La heterogeneidad de las res-

puestas nacionales al reconocimiento efectivo de todo este entramado de convenios -teóricamente vinculantes-, recomendaciones -que lamentablemente, en buena parte de los casos no pasan de la categoría de meras "invitaciones" a los Estados europeos (del Consejo de Europa más concretamente)-, sentencias -obviamente me refiero al Tribunal Europeo de Derechos Humanos, cuyo grado de reconocimiento por los mecanismos judiciales internos de cada Estado

en ocasiones adolece de importantes deficiencias-... aconseja postergar dicha tarea crítica para darle un protagonismo propio y un tratamiento técnico-jurídico diferente. Por consiguiente, la pretensión de esta publicación es muy limitada en sus objetivos y nada profunda en sus contenidos. Se pretende nada más que ofrecer un mapa de meramente aproximativo acerca de las instituciones e instrumentos de garantía (o meramente de recomendación) existentes en Europa.

Es obligado advertir dos cuestiones preliminares:

- a. Aun respetando básicamente las normas de edición de esta revista, he considerado más oportuno incluir en el texto principal las menciones a la normativa y jurisprudencia que se citan; razones de comodidad del lector del texto y, tal vez, una cierta predisposición de quien, al fin y al cabo no deja de ser un jurista, me han inclinado por esta fórmula.
- b. A pesar de no ser mi estilo usual, por las características de este artículo, he optado por incluir el máximo de información en el mínimo de páginas -las normas de la Redacción a ello obligan-; dicho sea como disculpa ante un estilo poco o nada literario, aunque espero que a los efectos confesados que se pretenden con esta modesta aportación podrá disculpárseme por ello.

## 1. Los antecedentes

En Europa, surgen hace más de doscientos años movimientos de humanización de la asistencia al alienado, aunque sea justo reconocer la existencia de previas experiencias –básicamente fundamentadas en postulados religiosos-. La aplicación por los Tuke, en el *York Retreat*, del principio de *non-restraint* (1) es continuada por Robert G. Hill y John Conolly y se difunde por Europa (2). En el continente Colombier y Doublet son autores de las “Instrucciones para gobernar a los insensatos” (1785) (3) y Philippe Pinel escribe el *Traité Médico-philosophique sur l’aliénation mentale* (París, 1801) (4,5) y protagoniza un gesto -bien conocido y reproducido-, liberando a los alienados de sus cadenas; aunque también es justo reconocer que tal iniciativa fue inspirada por el tratamiento humanitario que Poussin y su espo-

sa –el equivalente actual a los responsables de enfermería- aplicaban previamente a los y las pacientes mentales, lo cual llamó poderosamente la atención de Pinel.

Hubo también una respuesta –más bien tardía-articuladora de las garantías de los ingresos psiquiátricos. Incomprensiblemente el Código Civil francés de 21.3.1804, referente ineludible de otros Códigos europeos y latinoamericanos eludió regular los internamientos psiquiátricos. Para colmar tal laguna se aprobó la Ley francesa de Alienados de 30.6.1838 (Esquirol, discípulo de Pinel, fue en buena medida el protagonista de tal iniciativa), que iría seguida de diferentes regulaciones en otros países. En el caso español, el Código Civil, publicado por Real Decreto de 6.10.1888 tampoco contempló regulación alguna del internamiento psiquiátrico civil. Ésta había tenido lugar -poco antes- a través de los Reales Decretos de 12.5.1885 (sobre régimen y gobierno interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés) y 19.5.1885 (sobre reglas del ingreso de los dementes en manicomios del Estado, provinciales y particulares).

Sin embargo, la protección sistemática de los derechos del enfermo mental en Europa, sólo tuvo lugar bien avanzado el siglo XX, especialmente de la mano del Consejo de Europa, pues aunque existen otros organismos de este espacio geográfico con alguna labor sobre la materia de la que aquí se trata (la Unión Europea o la Oficina para Europa de la OMS, por ejemplo), es el mencionado Consejo el que lleva a cabo la labor más extensa e intensa en este campo (6), tal como hemos puesto de relieve recientemente en un Informe elaborado, previo encargo del Ministerio de Sanidad y Consumo, para dicha institución (7).

## 2. El Consejo de Europa

Creado en Londres el 5.5.1949, en la actualidad forman parte de él 46 Estados (España ingresó el 24.11.1977) y proporciona un marco de referencia normativa y un régimen de garantías muy amplio en materia de derechos humanos en general y en lo que respecta a la protección de dichos derechos en el particular ámbito de los pacientes mentales (8).

## 2.1. Las Recomendaciones del Consejo de Europa

Bajo la forma de Recomendaciones, pueden elevar sus conclusiones la Asamblea Consultiva al Comité de Ministros y el Comité de Ministros a los Gobiernos de los Estados miembros (arts. 15 y 22 Carta del Consejo). En materia de salud mental y de protección de los enfermos mentales en las últimas décadas se han aprobado las siguientes Recomendaciones:

- Rec. 818 (1977), relativa a la situación de los enfermos mentales (Asamblea Parlamentaria, 12ª sesión, 8.10.1977).
- Rec. Nº R (80) 4, respecto del paciente como partícipe activo de su propio tratamiento (Comité de Ministros, 318ª reunión, 30.4.1980).
- Rec. Nº R (83) 2, sobre la protección jurídica de las personas aquejadas por enfermedades mentales e ingresadas como pacientes involuntarios (Comité de Ministros, 356ª reunión, 22.2.1983).
- Rec. Nº R (87) 3, sobre reglas penitenciarias europeas (Comité de Ministros, 404ª reunión, 12.2.1987).
- Rec. Nº R (91) 15, sobre cooperación europea en materia de estudios epidemiológicos en el ámbito de la salud mental (Comité de Ministros, 463ª reunión, 11.10.1991).
- Rec. 1185 (1992), sobre políticas de rehabilitación de personas discapacitadas (Asamblea Parlamentaria, 6ª sesión, 7.5.1992).
- Rec. Nº R (92) 6, sobre una política coherente en materia de integración de personas con minusvalías (Comité de Ministros, 474ª reunión, 9.4.1992).
- Rec. 1235 (1994), relativa a la psiquiatría y a los derechos humanos (Asamblea Parlamentaria, 10ª sesión, 12.4.1994).
- Rec. Nº R (98) 7, en lo que concierne a los aspectos éticos y organizativos de los cuidados de la salud en el medio penitenciario (Comité de Ministros, 627ª reunión, 8.4.1998).
- Rec. (2004) 10, relativa a la protección de los derechos del hombre y de la dignidad de las personas aquejadas de enfermedades men-

tales (Comité de Ministros, 896ª reunión, 22.9.2004).

- Rec. (2006) 2, sobre Reglas Penitenciarias europeas (Comité de Ministros, 952ª reunión, 11.1.2006).
- Rec (2009) 3, sobre seguimiento de la protección de los derechos del hombre y de la dignidad de las personas aquejadas de trastornos mentales (Comité de Ministros, 1057ª reunión, 20.5.2009).

Centrándonos en las últimas de las citadas, las cuales recopilan, actualizan e incorporan significativas modificaciones de las anteriores, aunque en buena medida de fundamenten en las mismas, la Rec (2004) 10 es muy detallada y constituye sin duda el principal referente en la protección de los derechos del paciente mental en el ámbito europeo. Consagra los principios de no discriminación (art. 3), conservación del ejercicio de los derechos civiles y políticos del paciente mental (art. 4), restricción mínima (art. 8) y equiparación de las condiciones de vida de los establecimientos psiquiátricos al estándar asistencial general (art. 9).

Establece similares criterios para la aplicación del internamiento y del tratamiento involuntario (arts. 17-18):

- a. La persona ha de estar aquejada de un trastorno mental.
- b. Su estado ha de comportar un riesgo grave para sí o para terceros.
- c. No ha de existir medio menos restrictivo de suministrar los cuidados apropiados.
- d. Debe tenerse en consideración el parecer de la persona afectada.

El tratamiento involuntario debe, según la Rec (2004) 10:

- a. Responder a signos o síntomas específicos.
- b. Ser proporcional al estado de salud.
- c. Tener una finalidad terapéutica.
- d. Administrarse por personal cualificado.
- e. Formar parte de un plan escrito.



- f. Ser sustituido lo antes posible por un tratamiento voluntario.
- g. Consultarse -siempre que sea posible- con la persona concernida.
- h. Reevaluarse periódicamente (arts. 12, 17.iii) y 19).

En cuanto al ingreso involuntario (arts. 20-25):

- a. La decisión ha de adoptarla un tribunal o instancia competente (distinción ésta que viene motivada por la heterogeneidad de sistemas de garantía en los diferentes países europeos), teniendo en consideración el parecer del paciente y respetando el procedimiento legalmente previsto.
- b. Debe consignarse por escrito, estableciéndose un período máximo de reevaluación, sin perjuicio del derecho del paciente a solicitar la misma y a ejercer los correspondientes recursos.
- c. Ha de basarse en un dictamen médico.
- d. Debe informarse y consultar al representante del paciente y a sus allegados.
- e. Deberá finalizar si dejan de cumplirse los criterios de ingreso.
- f. Se ha de garantizar el derecho de información al paciente acerca de las razones que motivaron la decisión de ingreso, los criterios para la prolongación del mismo y las vías de recurso disponibles, así como la del derecho a comunicar con su abogado o representante y a no ver limitadas irrazonablemente sus visitas.
- g. Se describe un riguroso sistema de recursos. Por su parte, en el ingreso de urgencia se recomienda que éste debiera ser por breve plazo y, de prolongarse, tal decisión habría de corresponder también a un tribunal u otra instancia competente. Incluso la Rec (2004) 10 prevé la posibilidad, aunque excepcionalmente y sólo por el tiempo mínimo indispensable, para evaluación, a fin de “determinar si [la persona concernida] está aquejada de un trastorno mental que representa un riesgo real de daño grave para su o salud o para un tercero”, requiriéndose en tal caso que:

- a. El comportamiento sugiera fundadamente la existencia de tal trastorno.
- b. Su estado permita suponer dicho riesgo.
- c. No exista otro medio menos restrictivo para evaluar su estado.
- d. Sea tenida en cuenta la opinión de la persona concernida (art. 17.2).

El empleo de otros medios coercitivos (aislamiento y contención) exige control médico de tales medidas, la vigencia del principio de restricción mínima, la consignación por escrito y un seguimiento continuado (art. 27), aspecto éste poco o nada regulado en las legislaciones nacionales y que precisa urgente atención a fin de aplicar unos principios básicos garantizadores de los derechos, pero también de la propia asistencia al paciente mental -permítaseme esta creo que única excepción al carácter anunciadamente descriptivo de este artículo- (9-10).

Los tratamientos que produzcan efectos físicos irreversibles o supongan una intrusión significativa deben valorarse desde el punto de vista ético, realizarse según protocolos clínicos y documentarse debidamente las actuaciones, recomendándose que no tengan lugar en el contexto de un ingreso involuntario (art. 28).

El art. 37 de la Rec (2004) 10 establece un conjunto de mecanismos de control: visitas e inspecciones a los establecimientos psiquiátricos, incluso sin previo aviso; registro oficial de instituciones; verificación del cumplimiento de las normas profesionales; evaluación de la restricción de comunicaciones o investigación independiente en caso de fallecimiento en dichos establecimientos.

En lo que a pacientes mentales ingresados en establecimientos penitenciarios se refiere, la Rec (2004) 10 señala que en ellos no cabe discriminación alguna, debiendo disponerse de los medios terapéuticos apropiados y de un sistema independiente de control del tratamiento y cuidados (art. 35).

A este último tema se dedica monográficamente la Recomendación (2006) 2, sobre Reglas Penitenciarias Europeas, las cuales abogan por la coordinación de la sanidad penitenciaria con

el sistema nacional de salud de cada Estado (40.1 y 2), y establecen: la necesidad de detección de los padecimientos mentales (40.4), la dotación de instituciones o secciones especiales para la observación y tratamiento de detenidos de esta índole (47.1) y una atención especial para la prevención del suicidio (47.2).

Recientemente fue aprobada la Rec (2009) (3). Con carácter previo se encomendó a España la elaboración de un informe descriptivo de la labor del Consejo de Europa en materia de protección de los derechos del paciente mental, tarea que recayó en el Prof. Torres González y en el autor de este artículo (7). Esta Recomendación, confiesa su punto de partida, la Rec (2004) (10), y recuerda en primer lugar, la necesidad de garantizar la no discriminación del paciente mental, si bien admite la adopción de medidas de acción positiva a fin de que las personas con trastorno mental pueden participar en la vida social e invita a los Estados Miembros a adoptar medidas: jurídicas que eviten la discriminación fin de evitar la discriminación y administrativas, que posibiliten la integración socio-laboral de los discapacitados mentales, a la vez que insta al desarrollo de campañas contra la estigmatización y para la formación de profesionales (en especial policía y docentes) (Ppio 1º). En materia de derechos civiles y políticos, postula la garantía más amplia posible de su ejercicio por parte de las personas aquejadas de trastorno mental, con la instauración de dispositivos de control y defensa y de promoción de la participación de este colectivo ciudadano (incluido el acceso a la función pública si ello fuera posible), así como el más escrupuloso respeto a la confidencialidad de datos y a la privacidad (Ppio 2º).

La promoción de la salud –física y mental- es objeto de atención del Ppio 3º, refiriéndose el 4º a la necesidad de implementar programas e instrumentos para la protección de las personas vulnerables: en el ámbito penal para la persecución de los autores de posibles abusos; en el aspecto formativo para que el personal que preste asistencia pueda detectar los mismos; en el marco asistencial, posibilitando el recurso a entidades que garanticen las prestaciones y, en la práctica de investigaciones biomédicas, la protección de este colectivo de pacientes. A la calidad de las condiciones de vida, de los servicios

asistenciales y del tratamiento se refiere el Ppio 5º, haciendo especial hincapié en el establecimiento de reglas de calidad y de verificación de su aplicación práctica, recordando la singular importancia que a tal efecto tiene la participación de los usuarios. Como viene siendo habitual, la Recomendación (2009) (3) reitera la necesidad de aplicar la medida menos restrictiva de la libertad personal en los establecimientos y en el resto de los servicios asistenciales (Ppio 6º). Por supuesto, tal como indica el propio nombre de esta Recomendación, se invita a los Estados a instaurar un marco jurídico adecuado para la protección de las personas aquejadas de trastornos mentales, especialmente en lo referido al internamiento y tratamiento involuntario (Ppio 7º). Y, en fin, el último de los Principios –el 8º- versa sobre una cuestión escasamente abordada históricamente, pero sobre la que se viene incidiendo en los últimos tiempos: los derechos y cuidados que merecen los familiares y allegados al paciente mental.

## 2.2. El Convenio Europeo de Derechos Humanos

El Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las libertades fundamentales (en adelante, CEDH), fue aprobado el 4.11.1950 y entró en vigor el 3.9.1953 (11-14). En su articulado contiene varios preceptos que inciden en materia de salud mental. Especialmente, pero sin ánimo exhaustivo, ya que la práctica totalidad de este Convenio es de eventual aplicación al ámbito de la salud mental:

“Artículo 3. Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”.

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

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

4. Toda persona privada de su libertad mediante detención preventiva o internamiento tendrá

derecho a presentar un recurso ante un órgano judicial, a fin de que se pronuncie en breve plazo sobre la legalidad de su privación de libertad y ordene su puesta en libertad si fuera ilegal.

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

“Artículo 6. 1. Toda persona tiene derecho a que su causa sea oída equitativa, públicamente y dentro de un plazo razonable, por un Tribunal independiente e imparcial, establecido por la Ley, que decidirá los litigios sobre sus derechos y obligaciones de carácter civil o sobre el fundamento de cualquier acusación en materia penal dirigida contra ella...”.

“Artículo 8. 1. Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia”.

El interés de estas normas es doble. Tanto porque su ratificación supone una vinculación para los Estados, como porque las mismas han dado ocasión para la elaboración de una interesante jurisprudencia por parte del órgano previsto en el Convenio, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos -en adelante TEDH-(contemplado en el art. 19 b) y desarrollado en los arts. 38-56 del Convenio) (12 14-17).

### 2.3. La Jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos

El 18.9.1959 se creó en Estrasburgo el TEDH, en el marco del Convenio, cuya misión es velar por el respeto de los compromisos adoptados por los Estados contratantes. El 12.1.1998 se reestructuró, conforme a lo establecido en el Protocolo nº 11, configurándose como único y permanente y sustituyendo al sistema precedente.

Las resoluciones del TEDH forman un cuerpo de doctrina legal, de inevitable referencia cuando de la protección del paciente mental se trata en el ámbito europeo, especialmente en lo referido a las condiciones y garantías del internamiento psiquiátrico. Las principales resoluciones que se han referido al tema que tenemos entre manos,

según La recopilación y el análisis que hicimos en el Informe para el Consejo de Europa precitado (7), son los casos siguientes (18): *Winterwerp vs. Holanda*, 24.10.1979; *X vs. Reino Unido*, 5.11.1981; *Luberti vs. Italia*, 23.2.1984; *Ashingdane vs. Reino Unido*, 28.5.1985; *Nielsen vs. Dinamarca*, 28.11.1988; *Van der Leer vs. Holanda*, 21.2.1990; *E. vs. Noruega*, 29.8.1990; *Wassink vs. Holanda*, 27.9.1990; *Koendjibiharie vs. Holanda*, 25.10.1990; *Keus vs. Holanda*, 25.10.1990; *Megyeri vs. Alemania*, 12.5.1992; *Herczegfalvy vs. Austria*, 24.9.1992; *Silva Rocha vs. Portugal*, 15.11.1996; *Eriksen vs. Noruega*, 27.5.1997; *Johnson vs. Reino Unido*, 24.10.1997; *Aerts vs. Bélgica*, 30.7.1998; *Erkalo vs. Holanda*, 2.9.1998; *Varbanov vs. Bulgaria*, 5-10-2000; *D.N. vs. Suiza*, 29.3.2001; *Keenan vs. Reino Unido*, 3.4.2001; *Rutten vs. Holanda*, 24.7.2001; *Magalhaes Pedreira vs. Portugal*, 26.2.2002; *H.M. vs. Suiza*, 26.2.2002; *Paul & Audrey Edwards vs. Reino Unido*, 14.3.2002; *Lutz vs. Francia (1)*, 26.3.2002; *L.R. vs. Francia*, 27.6.2002; *Nouhaud et al. vs. Francia*, 9.7.2002; *Hutchison Reid vs. Reino Unido*, 20.2.2003; *Herz vs. Alemania*, 12.6.2003; *Lutz vs. Francia (2)*, 17.6.2003; *Tracik vs. Eslovaquia*, 14.10.2003; *Rakevich vs. Rusia*, 28.10.2003; *Worwa vs. Polonia*, 27.11.2003; *Morsink vs. Holanda*, 11.4.2004; *M.R.L. y M.-J.D. vs. Francia*, 19.5.2004; *Tam vs. Eslovaquia*, 22.6.2004; *H.L. vs. Reino Unido*, 5.10.2004; *Kolanis vs. Reino Unido*, 21.6.2005; *Storck vs. Alemania*, 16.6.2005.

Se abordaron en estas resoluciones, como cuestiones más relevantes, las que siguen. Como punto de partida, son requisitos imprescindibles para un internamiento involuntario (*Winterwerp vs. Holanda*, § 39) (requisitos que se reiteran en *X vs. Reino Unido*, § 40; *Ashingdane vs. Reino Unido*, § 37; *Jhonson vs. Reino Unido*, § 60; *M.R.L. y M.-J.D. vs. Francia*, § 115, entre otras resoluciones):

- a. La verificación del estado mental mediante una previa peritación médica objetiva “no sólo es posible sino que es indispensable” para proceder a un internamiento no urgente (*Varbanov vs. Bulgaria*, § 48). De no procederse a tal verificación el ingreso tendrá otra funcionalidad diferente -por ejemplo, administrativa-, vulnerándose el art. 5.1 CEDH (*M.R.L. y M.-J.D. vs. Francia*, §§ 117,

120 y 128). Excepción a este requisito son los supuestos de urgencia que demandan una pronta respuesta judicial (*Herz vs. Alemania*, § 46). También es admisible una “detención provisional” [sic], en base al 5.1.c) CEDH, cuando existen “motivos razonables para impedir la comisión de una infracción” (*Eriksen vs. Noruega*, § 86).

- b. La concurrencia de una perturbación de tales características y amplitud que justifiquen el internamiento (*Winterwerp vs. Holanda*, § 39).

Que el internamiento involuntario no se prolongue de no persistir tal perturbación, aunque las dificultades para la apreciación de riesgo obligan a reconocer a la autoridad decisoria una cierta flexibilidad (*Johnson vs. Reino Unido*, §§ 61 y 63).

La decisión sobre el internamiento, para no vulnerar el art. 5.4 CEDH, debe emanar de un órgano que tenga “los rasgos distintivos de un ‘tribunal’” (*Winterwerp vs. Holanda*, § 67). El ingreso, para ser “regular” -ex art. 5.1.e) CEDH-, debe practicarse en “un hospital, clínica u otro establecimiento apropiado y habilitado al efecto” (*Ashingdane vs. Reino Unido*, § 44; en el mismo sentido, *Aerts vs. Bélgica*, § 46.). En *Aerts vs. Bélgica* se consideró no apropiada el ala psiquiátrica de una prisión ya que los enajenados “no se beneficiaban de un seguimiento médico ni de un entorno terapéutico” (§ 49), aunque no se apreció violación del art. 3 del Convenio ya que, aunque una prolongada permanencia en la misma pueda suponer un riesgo notorio de agravación del estado de salud mental, no quedó acreditado que ello se produjera en este caso en concreto (§§ 65-66).

“El derecho del paciente de un tratamiento adecuado a su estado no puede deducirse del art. 5.1.e) CEDH.” (*Winterwerp vs. Holanda*, § 51). Pero esto debe interpretarse debidamente ya que, en el fondo, lo que viene a expresar el TEDH es que el CEDH tiene un contenido referido a las libertades formales y no a los derechos prestaciones, cual sería el caso del tratamiento.

Internamiento e incapacitación son medidas diferentes; por ello cualquier restricción a la capacidad de administrar el propio patrimonio debe hacerse con las garantías del art. 6.1 CEDH (*Winterwerp vs. Holanda*, § 75).

En el capítulo de garantías del art. 5 CEDH, indicar que su art. 5.1. a) también es aplicable al internamiento psiquiátrico por razón penal, aunque en estos casos se superpone la aplicación de los apartados a) y e) del mencionado precepto (*X vs. Reino Unido* § 39; también en *Johnson vs. Reino Unido*, § 58). Además, como se indica en *Eriksen vs. Noruega* § 76, una detención puede justificarse, según las circunstancias, por más de un apartado de dicho precepto. Respecto al ámbito subjetivo, reseñar que “la garantía que asegura se extiende también a los menores” (*Nielsen vs. Dinamarca*, § 58); si bien en este caso no fue de aplicación la misma, al producirse el internamiento en uso de las facultades de la patria potestad y no por decisión del Estado (§§ 63-64).

Entre las garantías que la jurisprudencia del TEDH considera indispensables figuran:

- La notificación de las razones de la detención, pues como se señala en *Van der Leer vs. Holanda*, pese a la cierta connotación penal que tienen los términos utilizados por el art. 5.2 CEDH (§ 27), no hay duda de la plena aplicabilidad del mismo a la presente materia (§ 29). Sin embargo, como es lógico, la falta de notificación de la decisión de prórroga de un internamiento está justificada en el caso de que el paciente se encuentre evadido en el momento de toma de la decisión (*Keus vs. Holanda*, 22).
- “La asistencia letrada en los procedimientos ulteriores relativos a la continuación, suspensión o fin del internamiento” (*Megyeri vs. Alemania*, § 23); y otro tanto sucede en *Aerts vs. Bélgica*, en donde se apreció vulneración del art. 6.1 CEDH, al no reconocerse derecho de asistencia legal en un recurso ante el Tribunal de Casación de Bélgica, ya que la cuestión dilucidada no era un mero tema de traslado interinstitucional, sino que tenía por fondo la “legalidad de la privación de libertad” (§ 59).

Han de tenerse en cuenta asimismo las garantías establecidas por los ordenamientos nacionales. Por eso, en *Erkalo vs. Holanda*, el incumplimiento de plazos para la prórroga del internamiento se considera que comporta una violación del 5.1 CEDH (§§ 57-60). En *Van der Leer vs.*

Holanda la falta de la audiencia legalmente prevista conlleva igual calificación (§ 23). E igual sucede en *Wassink vs. Holanda* por la ausencia de secretario judicial en la audiencia obligada en la legislación holandesa (§ 27).

Todo internado involuntario ha de tener derecho a la impugnación judicial de la resolución que decide su ingreso. Respecto a qué ha de entenderse por tribunal, la Convención emplea en varios de sus artículos dicho término, indicándose con ello un órgano que mantenga la independencia respecto al ejecutivo y a las partes y respete las garantías de un procedimiento judicial [*De Wilde, Ooms y Versyp vs. Holanda* (Sentencia del TEDH, 18.6.1971), § 78], que no necesariamente ha de ser “una jurisdicción de tipo clásico” (*X vs. Reino Unido*, § 3). Además, es preciso que el procedimiento “tenga un carácter judicial y proporcione al individuo encausado las garantías correspondientes a la naturaleza de la privación de libertad” (*De Wilde*, § 76). Por ello en *X vs. Reino Unido* se apreció vulneración del art. 5.4 CEDH, ya que los *Mental Health Review Tribunals* (de la *Mental Health Act* de 1959 y no de la posterior de 1983) podían evaluar periódicamente la situación del ingresado, pero “carecían de competencia para decidir ‘sobre la legalidad de la detención’ y para ordenar la liberación si ésta se considerara ilegal” (*X vs. Reino Unido*, § 61). No basta un *habeas corpus* para entender colmada una tutela judicial efectiva, porque el limitado control de éste es insuficiente en la hipótesis de un internamiento prolongado (*idem*, § 58).

El “tribunal” ha de ser imparcial respecto a otros órganos, pero también en su seno, tanto subjetivamente (lo cual “se presume, salvo prueba en contrario”), como objetivamente, dada la importancia que tienen las “simples apariencias” y “la confianza que los tribunales de una sociedad democrática deben inspirar en los justiciables y particularmente a las partes en litigio” (*D.N. vs. Suiza*, §§ 44-46). Por eso no es de recibo que quien actuó como perito forme parte del tribunal (*idem*, § 55).

En varios pronunciamientos el TEDH ha fijado la interpretación del art. 5.4 CEDH, en lo relativo a la celeridad de respuesta del órgano “judicial” para que se pronuncie sobre la legalidad del internamiento, considerándose injustificados: 15 meses o dos años (*Herczegfalvy vs. Austria*, §§ 77-78), 18

meses y 10 días (*Luberti vs. Italia*, § 37), cinco meses (*Van der Leer vs. Holanda*, § 36), cuatro meses (*Koendjibiharie vs. Holanda*, § 29) o cinco semanas (*E. vs. Noruega*, §§ 65-66). Y en *Varbanov vs. Bulgaria* se apreció la violación del mismo precepto al no contemplar la legislación búlgara una rápida apelación (§§ 60-61).

El traslado entre instituciones psiquiátricas fue tratado en *Ashingdane vs. Reino Unido*. Las dificultades para un traslado entre una institución de alta seguridad y un establecimiento ordinario llevaron al Tribunal a declarar que, siendo más liberales y más propias para la curación las condiciones de internamiento en el segundo, las condiciones del primero no dejaban de ser una “detención regular de un enajenado” (§ 47), valorando el hecho de que las autoridades se hubieran esforzado en buscar una solución al caso, que no encontraron (§ 48).

La revisión de la situación de internamiento a intervalos razonables es exigible, pues de lo contrario se vulnera el art. 5.4 CEDH (*Silva Rocha vs. Portugal*, § 32).

En algún caso la jurisprudencia del TEDH no deja de ser sorprendente, llegándose a afirmar que el empleo de medios coercitivos del tipo de alimentación forzosa, el aislamiento relativo (el paciente seguía recibiendo visitas y disfrutaba de paseos) o incluso el empleo de esposas (que no deja de ser preocupante según reconoce el Tribunal) no fundamentan la apreciación de una vulneración del art. 3 CEDH, ya que “en general, no puede ser catalogado como inhumana o degradante una medida dictada por razones de necesidades terapéutica” (*Herczegfalvy vs. Austria*, § 82).

En lo que a respeto a la intimidad respecta, en *Herczegfalvy vs. Austria* se estimó la vulneración del art. 8 CEDH, al considerarse una injerencia legalmente no prevista que el hospital remitiera todas las cartas del paciente a su curador para que este hiciera una selección de las mismas (§ 91).

#### **2.4. El Convenio Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes**

En desarrollo del art. 3 CEDH, fue aprobado en Estrasburgo por el Comité de Ministros, el Convenio

Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes, el 26 de noviembre de 1987, por el que se crea un Comité Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes (en adelante, CPT (19-23)), integrado por personas de destacada competencia y experiencia y que deben desarrollar su cometido a título particular, con independencia e imparcialidad.

Este Comité, por medio de visitas -periódicas o adicionales-, de dos o más miembros a los lugares de detención -en sentido considerablemente amplio, ya que comprenden: centros penitenciarios, centros de detención de menores o extranjeros, locales de policía y, en lo que aquí interesa, establecimientos psiquiátricos-, examina el trato dado a las personas privadas de libertad. Durante las mismas, las delegaciones tienen un acceso ilimitado a las dependencias en donde se produce la detención, pudiendo entrevistar a las personas privadas de libertad o a cualquiera otra que consideren conveniente a fin de recabar información. Tras las visitas, se elaboran unas recomendaciones basadas en las observaciones realizadas y que se incluyen en un informe que se transmite al Estado interesado, el cual constituye el punto de partida de un diálogo continuo con el Estado en cuestión.

El CPT también elabora unos informes generales sobre las cuestiones de fondo en el que se recogen las denominadas "Normas del CPT", documento especialmente valioso en materia de internamiento psiquiátrico involuntario (civil o por razón penal) (sobre esta materia trató específicamente parte del 8º Informe General [CPT/Inf (98) 12]).

Entre los aspectos más destacables de las citadas Normas, resaltar las siguientes cuestiones:

- Personal: los sanitarios han de ser suficientes, con experiencia y formados; el auxiliar debe ser cuidadosamente seleccionado; debe tenerse cautela con la utilización de pacientes como personal auxiliar.
- Clasificación: necesaria separación de los pacientes adolescentes de los adultos.
- Condiciones de vida: garantía de las necesidades básicas (alimentación, ropa -individualizada- y medicación adecuada) y ambientales (higiene, iluminación, calefacción y ventilación); espacio para cada paciente (lugar para guardar pertenencias personales, privacidad en los aseos, supresión de dormitorios de amplia capacidad y acceso a los mismos durante el día).
- Tratamiento: mediante un plan individualizado e integral (con amplia gama de actividades de rehabilitación y terapéuticas); vigilancia de la prescripción y administración de psicofármacos; revisión periódica del estado de salud y de la medicación; la terapia electroconvulsiva debe concordar con el plan de tratamiento, acompañarse de las garantías necesarias (relajantes anestésicos y musculares), aplicarse fuera de la vista de otros pacientes y administrándose por personal preparado que documentará las actuaciones.
- Documentación: apertura de un historial médico personal para cada paciente, permitiéndosele -salvo contraindicación terapéutica- el acceso al mismo.
- Consentimiento: ha de ser la regla general, salvo casos legalmente tasados relacionados con la concurrencia de circunstancias excepcionales claras y estrictamente definidas. Se distingue el internamiento del tratamiento.
- Información: completa, exacta y comprensible sobre el estado de salud y el tratamiento propuesto, informándose tras la administración de éste.
- Medios/medidas coercitivas: política claramente definida para su empleo en pacientes agitados o violentos; uso preferente de instrucciones verbales y sólo, ante la ineficacia de la mismas, será admisible el uso de la represión física -básicamente control manual-; su aplicación será excepcional, ordenada por el médico, no prolongada y documentada. El aislamiento debe reducirse al mínimo, garantizándose el contacto humano adecuado y periódico.
- Garantías del ingreso involuntario: decisión inicial de internamiento efectuada por una autoridad judicial o, al menos, garantizándose demanda ante órgano judicial. Deber de informar al paciente de sus derechos y del

régimen interno de la institución, pudiendo aquél elevar quejas y comunicar con terceros y especialmente con su abogado. Un organismo externo independiente, debe realizar visitas periódicas, pudiendo hablar privadamente con los pacientes, recibir sus quejas y elevar las recomendaciones que estime pertinentes.

- Alta: debe producirse tan pronto el ingreso deje de ser necesario; no debe perdurar el ingreso por carencia de instalaciones externas adecuadas.

## 2.5. El Comisario para los Derechos Humanos

Este organismo, creado en 1999, tiene una función complementaria –de carácter preventivo y sin potestades jurisdiccionales- de los otros mecanismos de protección de los derechos del hombre (24). Elabora informes anuales y por países del estado de protección de los derechos humanos en el ámbito europeo. Digno de mención es el Informe elaborado por el Comisario en relación a las condiciones de internamiento psiquiátrico en Rumania, ya que ilustra el ámbito de actuación de esta institución.

## 2.6. El Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina

El Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, es uno de los instrumentos más valiosos del Consejo de Europa, por su carácter vinculante para los Estados que así lo han ratificado -en el caso de España así se hizo mediante el Instrumento de Ratificación publicado en el Boletín Oficial del Estado de 20 de octubre de 1999; desde dicha publicación el Convenio forma parte del ordenamiento interno español-.

Entre otras, contiene las siguientes prescripciones:

- Una intervención sobre una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento sólo podrá efectuarse cuando redunde en su beneficio directo (art. 6.1).
- En caso de disfunción mental que comporte incompetencia la intervención sólo cabe con

autorización del representante, autoridad o persona o institución señalada por la ley, debiendo intervenir el afectado, en la medida en ello sea posible, en el procedimiento de autorización (art. 6.3).

- El tratamiento de trastornos mentales sin su consentimiento sólo cabe cuando la ausencia del mismo conlleve un riesgo grave para la salud del paciente, respetándose los procedimientos de supervisión, control y recurso (art. 7).
- En situaciones de urgencia, cuando no pueda obtenerse el consentimiento previo, puede procederse a la intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor del afectado (art. 8).
- Se reconoce el derecho a dictar voluntades anticipadas (art. 9).
- Se admiten las restricciones al ejercicio del derecho a la información sobre la propia salud, aunque sólo en interés del paciente (art. 10.3).
- La participación de pacientes mentales incompetentes en investigaciones científicas está condicionada a que no haya método alternativo, los riesgos no sean desproporcionados, el experimento haya sido aprobado por la autoridad competente, el sujeto esté informado de sus derechos y garantías, los resultados previstos supongan un beneficio personal y directo sobre su salud, el experimento no pueda efectuarse con una eficacia comparable con sujetos competentes y no haya rechazo del sujeto concernido (art. 17.1). En ausencia de beneficio directo tal participación sólo es admisible cumpliendo las escrupulosas condiciones del art. 17.2.
- No se permite la extracción de órganos y tejidos de personas incompetentes, salvo en casos excepcionales y cumpliendo rigurosas condiciones, (art. 20).

## 3. Otros organismos de interés

### 3.1. La Unión Europea

En esta materia la labor de la Unión Europea no se acerca, ni de lejos, a la del Consejo de Europa.

Aunque hay algunas resoluciones sobre la cuestión; así, las de 14.12.1995 del Parlamento Europeo sobre derechos humanos de los minusválidos, 23.5.1996 del Parlamento Europeo sobre los ataques al derecho a la vida de los minusválidos, 18.11.1999 del Consejo sobre promoción de la salud mental o la 15.7.2003 del Consejo sobre el fomento del empleo y de la inclusión social de personas con discapacidad. Citar también las Conclusiones del Consejo de 2.6.2003, sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental.

La Unión sí ha elaborado algunos informes sobre la asistencia en salud mental; por todos, el “Libro Verde para mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”, de 14.10.2005.

Las normas positivas son escasas y además muy generales. El Tratado Constitutivo, en su versión consolidada de 24.12.2002, sólo dedica a la salud pública su art. 152, sin referencia alguna al tema mental. La Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea, aprobada en Niza el 7.12.2000, por supuesto que es de aplicación a la población enferma mental; su art. 21.1, al proclamar el principio de no discriminación, alude expresamente a las razones de discapacidad. Existe también una disposición en relación a la integración de personas discapacitadas (art. 26) y, en fin, aunque en su art. 2.1 se afirma que en el marco de la medicina se “respetará el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate”, lo cierto es que tal prescripción remite a las “modalidades establecidas por la ley” (nacional, se entiende).

Mención aparte merece la Carta Social Europea, hecha en Turín el 18.10.1961 y que entró en vigor el 26.2.1965. Contiene varios preceptos relacionados con la salud mental. Su art. 11 consagra el derecho a la protección de la salud, comprometiéndose los Estados signatarios a la eliminación de las causas de una salud deficiente, a establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a “estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma” y a prevenir, en lo posible las enfermedades epidémicas, endémicas y otras. El art. 13 por su parte alude al derecho a la asisten-

cia social y médica, garantizándose que las personas que no dispongan de recursos suficientes puedan obtener una asistencia adecuada. Y, en fin, su art. 15 hace referencia al derecho de las personas física o mentalmente disminuidas a la formación profesional y a la readaptación profesional y social (26-27).

### **3.2. La Oficina para Europa de la Organización Mundial de la Salud**

La Oficina para Europa de OMS (28), aprobó en la Conferencia de Ámsterdam, celebrada entre los días 28 y 30 de marzo de 1994 una Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa. Se contemplan en ella los derechos del paciente universalmente reconocidos (consentimiento previa información, derecho a la información asistencial y a la privacidad...). A destacar: la presunción de consentimiento en el caso de que el paciente no sea capaz de expresar su voluntad y concurra una situación de urgencia (3.3), la necesidad de involucrar al paciente (adulto o menor) en el proceso de toma de decisiones en la medida posible, incluso cuando se requiera la intervención de un representante (3.5) o una restricción de la intervención de pacientes incapacitados en los ensayos clínicos que no les reporten beneficios directos (3.10).

En otro plano -el de la dotación de recursos básicamente- esta Oficina organizó la Conferencia Europea de la OMS sobre salud mental, que llevó por título “Enfrentando desafíos. Construyendo soluciones”, que se celebró en Helsinki, entre el 12 y 15 de enero de 2005. Es una llamada de atención a los Estados europeos a fin de que proporcionen recursos suficientes y de calidad para la atención en salud mental.

### **4. Los estudios europeos relativos a una mejor protección legal del paciente mental**

En fechas recientes varios estudios, centrados en el ámbito europeo, han abordado algunas de las cuestiones más relevantes relativas a la protección de los derechos del paciente mental, prueba del interés que en el viejo continente ha vuelto a tener esta temática (29-31). De algunos de ellos ya existen publicaciones en el área concreta del marco ético-jurídico (32-33).

No es descartable que, en el próximo futuro, bien por vía de un futuro convenio en el ámbito del Consejo de Europa (que perfeccione y colme algunas lagunas o contradicciones de los documentos existentes), bien por vía de recomendaciones de este organismo o, en fin, utilizando el interesante instrumento que proporcionan las Directivas de la Unión Europea –que vinculan a los Estados miembro en cuanto al logro de sus objetivos, aunque dejen a éstos un amplio margen de flexibilidad en cuanto a la técnica jurídica para trasponer las mismas a sus ordenamientos nacionales- se materialicen nuevos documentos normativos que perfeccionen el ámbito de la protección del paciente mental. En todo caso, sí puede afirmarse que el debate sobre los derechos del paciente mental en Europa está abierto y goza de un importante grado de implicación

social e institucional (34), aunque hay que reconocer que tantos y tan importantes postulados, principios y recomendaciones siguen albergando un importante déficit de implementación: el plano declarativo no siempre se traduce en una real aplicación de tan loables enunciados. Sobre todo, no acaba de traducirse en la consagración de unas regulaciones nacionales y unos instrumentos y procedimientos “jurídicos” que permitan, ya no sólo el reconocimiento, sino la puesta en práctica (exigibilidad ante los poderes públicos) de los derechos del paciente mental, con garantías de celeridad y eficacia. Tomando de prestado la tan repetida frase de Lope de Vega en este caso existe una distancia nada desdeñable entre pasar, ya no de las musas al teatro, sino de la afirmación de los derechos del paciente mental a su efectivo reconocimiento práctico.

**Correspondencia:**

**Luis Fernando Barrios Flores**

Área de Derecho Administrativo.

Dpto. de Estudios Jurídicos del Estado. Facultad de Derecho. Universidad de Alicante.

Campus de San Vicente del Raspeig. • Ap. 99. E-03080 Alicante.

Correo electrónico: luisfbarrios@ua.es

---

## Referencias bibliográficas

1. Tuke, S. *Description of The Retreat, an institution near York, for insane persons of the Society of Friends. Containing an account of its origin and progress, the modes of treatment, and a statement of cases. With an elevation and plans of the building*, London: Process Press; 1996.
2. Álvarez R, Huertas R, Peset JL. Enfermedad mental y sociedad en la Europa de la segunda mitad del siglo XIX. *Asclepio* 1993; XLV(2):41-60.
3. Colombier J, Doublet F. Instrucciones para gobernar a los insensatos y para trabajar en su curación en los asilos que les son destinados. *Rev. AEN* 2000; XX(73):71-88.
4. Foucault, M. *Historia de la locura en la época clásica*, Madrid: Fondo de Cultura Económica; 2000.
5. Pinel F. *Tratado médico-filosófico de la enagenación del alma, o manía*. Madrid: Imprenta Real; 1804.
6. Barrios LF, Barcia D. *El marco jurídico de las urgencias psiquiátricas*. Madrid: You & Us; 2005.
7. Torres F, Barrios LF. Fundamental Freedoms, Basic Rights and Care for Mentally Ill. Informe entregado al Ministerio de Sanidad y Consumo (mandato contenido en el Apéndice 3 de la 959ª Reunión del Comité de Ministros del Consejo de Europa). Contrato 2929/2007 con la Fundación Empresa de la Universidad de Granada, 14.12.2007.
8. Web oficial: [www.coe.int/t/es/com/about\\_coe/](http://www.coe.int/t/es/com/about_coe/)
9. Barrios LF. Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regula-

- ción. *Derecho y Salud* 2003;11:141-163. Disponible en: [www.ajs.es](http://www.ajs.es).
10. Barrios LF. Coerción en psiquiatría. En Otero FJ, coord.): *Psiquiatría y Ley. Guía para la práctica clínica*. Madrid: EDIMSA; 2008. p. 71-123.
  11. García ME. **El convenio europeo de derechos humanos en el umbral del siglo XXI**. Valencia: Tirant lo Blanch; 1998.
  12. Lasagabaster I. **Convenio europeo de derechos humanos: comentario sistemático**. Madrid: Thomson-Civitas; 2004.
  13. Linde E. **El sistema europeo de protección de los derechos humanos: estudio de la convención y de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos**, Madrid: Civitas; 1979.
  14. Morenilla JM. **El Convenio Europeo de Derechos Humanos: ámbito, órganos y procedimientos**. Madrid: Ministerio de Justicia-Centro de Publicaciones; 1985.
  15. Martín-Retortillo L. *La Europa de los derechos humanos*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales; 1998.
  16. Garberí J. **Convenio europeo de Derechos Humanos y jurisprudencia del Tribunal Europeo relativa a España: textos, protocolos, nuevo Reglamento del Tribunal, normas complementarias y formulario de demandas**. Barcelona: Bosch; 1999.
  17. García J. *La Europa de los derechos: el Convenio Europeo de Derechos Humanos*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales; 2005.
  18. Textos disponibles en la URL: [www.echr.coe.int/echr](http://www.echr.coe.int/echr)
  19. Web oficial: [www.cpt.coe.int/en/](http://www.cpt.coe.int/en/)
  20. Malinowski J. El papel del Comité europeo para la prevención de la tortura. En: **La prevención y erradicación de la tortura y malos tratos en los sistemas democráticos: XXII Cursos de Verano en San Sebastián, XV Cursos Europeos**. Univ. País Vasco; 2004. p. 169-85.
  21. Palma M. Objetivos y funcionamiento del Comité para la Prevención de la Tortura del Consejo de Europa. En Bergalli R, Rivera I, coords. **Torturas y abuso de poder**. Barcelona, Universitat de Barcelona-Observatori del Sistema penal i els Drets Humans-Anthropos; 2006. p. 87-98.
  22. Ruiloba J. El convenio europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes, de 26 de noviembre de 1987: su aplicación en España. Madrid: Dykinson; 2005.
  23. Salado A. Las funciones del Comité europeo para la prevención de la tortura. *Revista de instituciones europeas* 1994;21(2):563-84.
  24. Web oficial: [www.coe.int/t/commissioner/default\\_FR.asp](http://www.coe.int/t/commissioner/default_FR.asp)
  25. Barrios LF. *Sanidad y Salud Pública en la Constitución Europea*. Madrid: You & Us; 2005.
  26. De Burca G, De White B, editors. *Social rights in Europe*, New York-Oxford: Oxford: University Press; 2005-
  27. Lezertúa M. **La Carta social europea desde la perspectiva de la Europa social del año 2000: Acta del coloquio conmemorativo del XXV Aniversario de la Carta Social Europea, Granada, 26 octubre 1987**. Madrid: M<sup>º</sup> de Trabajo y Seguridad Social: 1989. 28. Web oficial: [www.euro.who.int/](http://www.euro.who.int/).
  29. Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders - Legislation and Practice in EU-Member States. European Commission - The SANCO Directorate General. Mannheim (Germany): Central Institute of Mental Health; 2003.
  30. EUNOMIA (European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practice). (Firth Framework Programme of the European Commission). Dresde (Germany); 2002-2005.
  31. Treatment of Mentally Ill or Disordered Persons in European Prison Systems - Service Provision and Outcome - EUPRIS. Mannheim (Germany): Central Institute of Mental Health Mannheim; 2006.
  32. Salize HJ, Dressing H, editors. *Placement and Treatment of Mentally Disordered Offenders - Legislation and Practice in the European Union*. Lengerich (Germany): Pabst Scientific Publishers; 2005.
  33. Kallert TW, TORRES F, editors. *Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe. Legal Documents and Comparative Assessment of Twelve European Countries*. Frankfurt am Main (Germany): Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften; 2006.
  34. Mariño FM. *La protección de las personas y grupos vulnerables en el derecho europeo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.

• Recibido: 3-12-2009.